

## ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ ПО ПРАКТИКЕ

### Помощник врача акушера

**Вопрос 1. Напишите протокол осмотра в приемном отделении родильного дома роженицы с доношенной беременностью, поступающей в первом периоде родов. При акушерском обследовании выявлено: открытие маточного зева 8,0 см, плодный пузырь цел, затылочное предлежание плода, первая позиция передний вид. Состояние плода удовлетворительное.**

самотеком обратилась в приемное отделение роддома с жалобами на регулярные схваткообразные боли внизу живота по 35-40 сек, через 3-4 минут умеренной силы и болезненности.

**Анамнез жизни.** *Краткие биографические данные:* образование – высшее профессиональное, проживает в Москве. *Семейно-половой анамнез:* первый брак, зарегистрированный (2019 г.), муж 42 года, здоров. *Трудовой анамнез:* учитель-логопед. *Бытовой анамнез:* проживает в квартире со всеми удобствами, пребывание в зонах экологических бедствий отрицает. *Питание:* с соблюдением режима, регулярное, средней калорийности, разнообразное. *Аллергологический анамнез:* неотягощен. *Наследственность:* неотягощена. *Эпидемиологический анамнез:* неотягощен, контакты с инфекционными больными за последние 21 день отрицает, из Москвы не выезжала. *Перенесенные заболевания:* ветряная оспа, краснуха (в детстве), ОРВИ ~ 1 раз в год. Гепатиты В, С, туберкулез, венерические заболевания – отрицает. *Операции, травмы, гемотрансфузия, гормонотерапия:* отрицает. *Вредные привычки:* употребление алкоголя, наркотиков, курение, токсикоманию – отрицает. *Соматические заболевания:* нет

**Акушерско-гинекологический анамнез.** *Менструальная функция:* с 13 лет, по 3-5 дней, через 28-30 дней, регулярные, умеренные, умеренно болезненные. *Половая жизнь:* с 17 лет. Контрацепция – отрицает. *Гинекологический анамнез:* гинекологические заболевания - отрицает. *Акушерский анамнез:* данная беременность 1, роды предстоят 1. I беременность – настоящая, самопроизвольная.

**Течение настоящей беременности.** Состоит на учёте в женской консультации с 8 недели. *I триместр* – без осложнений. *II триместр* – без осложнений. *III триместр* – ОРВИ, без температуры; За время беременности повышение цифр АД отрицает. Общая прибавка в весе + 13 кг.

**Объективное исследование.** *Общий осмотр.* Общее состояние – удовлетворительное. Сознание – ясное. Рост – 174 см, вес – 69 кг, ИМТ (вес/рост<sup>2</sup>)=23, температура – 36,6°С. Эмоционально стабильна, идет на контакт. Зрение ясное, головной боли нет, болей в подложечной области нет, рефлексы симметричны D=S. Нормостенического телосложения, ПЖК развита умеренно. Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Отёков - нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Молочные железы мягкие, отделяемого из сосков нет. Варикозного расширения вен нижних конечностей нет, болезненности и гиперемии по ходу вен нет.

*Органы дыхания:* дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются, ЧДД – 18 в мин. *Органы кровообращения, сосуды:* тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Пульс – 78 уд. в мин, удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт.ст (на левой и правой руке). *Органы пищеварения:* стул был накануне, оформленный, однократный. Язык розовый, влажный, без налёта. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных знаков нет. Нижний край печени пальпируется по краю реберной дуги, гладкий, эластичный, безболезненный. *Селезенка:* не пальпируется. *Органы мочеотделения:* мочеиспускание свободное, неучащённое, безболезненное. Дизурических явлений нет. Гиперемии кожи, припухлости или сглаживания контуров поясничной области нет, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Моча светло-желтого цвета.

**Акушерский статус.** Размеры таза: *distantia spinarum/D.Sp/* (расстояние между передневерхними осями подвздошных костей, норма - 25—26 см) – 25 см; *distantia cristarum/D.Cr/* (расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей, норма - 28—29 см) – 28 см; *distantia trochanterica/D.Tr/* (расстояние между большими вертелами бедренных костей, норма - 31—32 см) – 31 см; *conjugata externa/C.Ext/* (расстояние между остистым отростком V поясничного позвонка и

верхним краем лонного сочленения, норма - 20—21 см) – 20 см (*conjugata vera* = *conjugata externa* - 9 см = 20 см - 9 см = 11 см). Ромб Михаэлиса: вертикальный – 11 см (вертикальный размер = *conjugata vera*), горизонтальный – 10 см. Индекс Соловьева (окружность лучезапястного сустава) - 16 см. Размер Франка (расстояние от остистого отростка VII шейного позвонка до яремной вырезки, соответствующее величине истинной конъюгаты) – 11 см. Высота стояния дна матки над лоном (ВДМ) – 37 см, окружность живота (ОЖ) – 100 см. Предполагаемая масса плода (ПМП) по формуле Жордания (ПМП = (ОЖ+ВДМ)\*100/4)=(100+37)\*100/4=3425 г. Живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, соответствует доношенному сроку гестации. Матка в нормальном тоне, невозбудима при пальпации, безболезненна во всех отделах, патологических выбуханий не выявлено.

### **Приемы наружного акушерского исследования.**

Наружный прием акушерского исследования Леопольда-Левицкого.

ЦЕЛЬ: определение положения плода в матке.

МЕТОДИКА:

ПЕРВЫЙ ПРИЕМ- определение высоты стояния дна матки и части плода, находящегося в ее дне.

Ладонные поверхности обеих рук располагают на матке, чтобы они плотно охватывали ее дно с прилегающими областями углов матки, при этом пальцы обращены ногтевыми фалангами друг к другу, но не соприкасаются. Установив высоту стояния дна матки по отношению к мечевидному отростку или пупку, определяют часть плода, находящуюся в дне матки. Тазовый конец определяется как крупная, мягковатая и небаллотирующая часть. Головка плода определяется как крупная, плотная и баллотирующая часть.

В дне матки определяется крупная мягковатая и небаллотирующая часть – тазовый конец.

ВТОРОЙ ПРИЕМ- определение позиции плода по спинке и мелким частям (ножки, ручки) плода.

Кисти рук сдвигаются с дна матки на боковые поверхности матки (примерно до уровня пупка).

Ладонными поверхностями кистей рук производят пальпацию боковых отделов матки. Получив представление о расположении спинки и мелких частей плода, делают заключение о позиции плода.

\*Определение о состоянии крупных связок матки (толщина, болезненность, напряженность, симметричность правых и левых связок и их расположение по отношению к матке).

Если связки сходятся сверху, то плацента расположена на задней стенке матки.

Если связки расходятся / идут параллельно, то плацента расположена на передней стенке матки.

Спинка плода пальпируется слева и спереди, мелкие части плода справа – 1 позиция, передний вид.

Положение продольное.

ТРЕТИЙ ПРИЕМ – определение характера предлежащей части плода (головка/ягодицы) и ее отношение в малому тазу (если предлежащая часть подвижна, то она расположена над входом в малый таз; если предлежащая часть неподвижна, то она расположена во входе в малый таз).

Прием проводят одной правой рукой. При этом большой палец максимально отводят от остальных четырех. Предлежащую часть захватывают между большим и средним пальцами. Этим приемом можно определить симптом баллотирования головки. Если предлежащей частью является тазовый конец плода, симптом баллотирования отсутствует. Третьим приемом до известной степени можно получить представление о величине головки плода.

Симптом баллотирования положительный. Головное предлежание.

ЧЕТВЕРТЫЙ ПРИЕМ – определение предлежащей части (головка/ягодицы), место нахождения предлежащей части (над входом в малый таз/ во входе/ в глубине), положения предлежащей части (согнутое/разогнутое), наличия/отсутствия угла между затылком и спинкой плода (чем выше подбородок при фиксированной во входе в малый таз головке, тем больше сгибание, тем более сглажен угол, и наоборот, чем ниже расположен подбородок, тем сильнее разогнута головка), позицию и вид плода (куда обращен затылок, лоб, подбородок; если затылок влево и впереди, то первая позиция и передний вид; если подбородок влево и впереди, то вторая позиция и задний вид). Встать лицом к ногам беременной и положить руки плашмя по обе стороны нижнего отдела матки. Пальцами обеих рук, обращенных ко входу в малый таз, осторожно и медленно проникнуть между предлежащей частью плода и боковыми отделами входа в малый таз, произвести пальпацию доступных участков предлежащей части.

\*Определение степени вставления головки в малый таз.

Проникнув при четвертом приеме пальцами обеих рук глубже в таз и надавливая на головку, производят скользящие движения к себе.

Если пальцы обеих рук могут быть подведены под головку, то головка над входом в малый таз.

Если пальцы обеих рук, скользящие по головке, расходятся, то головка во входе в малый таз малым сегментом.

Если пальцы обеих рук, скользящие по головке, сходятся, то головка во входе в малый таз большим сегментом.

Матка овоидной формы, в нормотонусе, безболезненная при пальпации. Положение плода продольное.

Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз.

Сердцебиение плода – ясное, ритмичное, 130-140 уд/мин, выслушивается на уровне пупка.

Шевеление плода ощущается хорошо. Околоплодные воды не изливались.

**С целью оценки акушерской ситуации проведено влагалищное исследование. Данные осмотра наружных половых органов:** наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, вход во влагалище и промежность без особенностей. **Осмотр шейки матки при помощи зеркал (per speculum):** слизистая влагалища и шейки матки чистая, не эрозирована, без воспалительных явлений. **Влагалищное исследование (per vaginum):** влагалище средней емкости, нерожавшей. Шейка матки сглажена, края тонкие, мягкие, открытие маточного зева 8 см. Плодный пузырь цел, оболочки гладкие. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Через оболочки стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди ниже большого. Мыс не достижим. Экзостозов нет. Выделения слизистые, умеренные.

**Данные УЗИ:** имеется один плод в головном предлежании. Сердцебиение плода определяется, ритмичное, до 122 уд/мин. *Фетометрия* – размеры плода соответствуют 38-39 нед. ПМП – 3716 ± 500 г. *Анатомия плода* – видимые пороки развития не обнаружены. *Плацента, пуповина, околоплодные воды:* плацента расположена по передней стенке, на 10 см выше внутреннего зева. Толщина плаценты: 37 мм, структуры плаценты в норме, 3 степень зрелости. ИАЖ – 10 см (N 8-24 см в сроке 34 недели и более). Пуповина имеет 3 сосуда. *Шейка матки, стенки матки* – без особенностей. Визуализация затруднена из-за положения плода. *Допплерометрия:* показатели кровотока в норме. *Заключение:* Беременность доношенная. Головное предлежание. Показатели кровотока в норме.

**КТГ** плода- ЧСС – 140 ударов в мин. Состояние плода удовлетворительное.

**Диагноз и его обоснование.** Беременность 39-40 недель. Затылочное предлежание. Первая позиция, передний вид. Первый период родов.

Диагноз поставлен на основании жалоб, данных объективных методов обследования, приемов Леопольда, данных УЗИ, влагалищного исследования.

**Заключение:** показано перевод в родовое отделение, в асептических условиях бригадой акушера и санитарки вскрыть плодный пузырь, наблюдение за динамикой развития родовой деятельности, состоянием плода.

**План родов:** роды продолжить вести через естественные родовые пути, под контролем АД и КТГ плода. Проводить профилактику кровотечений в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.

**Назначения:** Лабораторные методы исследования – клинический анализ крови, определение группы крови и резус-фактора; исследования на ВИЧ, гепатиты В, С, сифилис; мазок на флору, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма. Инструментальные методы исследования – КТГ, контроль эластического бинтования нижних конечностей.

**Вопрос 2. Напишите протокол осмотра в приемном отделении родильного дома роженицы с доношенной беременностью, поступающей с излитием околоплодных вод, которые излились 2 часа назад. При акушерском обследовании выявлено: родовой деятельности нет, длина шейки матки 1,5 см цервикальный канал пропускает 1 палец, определяются плодные оболочки, воды подтекают светлые.**

Пациентка самотеком обратилась в приемное отделение роддома с жалобами на излитие околоплодных вод 2 часа назад.

**Анамнез жизни.** Аллергологический анамнез: не отягощен. Наследственность: не отягощена. Эпидемиологический анамнез: не отягощен, контакты с инфекционными больными за последние 21 день отрицает. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, краснуха (в детстве), ОРВИ ~ 1 раз в год. Гепатиты В, С, туберкулез, венерические заболевания – отрицает. Операции, травмы, гемотрансфузия, гормонотерапия: отрицает. Вредные привычки: употребление алкоголя, наркотиков, курение, токсикоманию – отрицает. Соматические заболевания: нет

**Акушерско-гинекологический анамнез.** Менструальная функция: с 13 лет, по 3-5 дней, через 28-30 дней, регулярные, умеренные, умеренно болезненные. Половая жизнь: с 17 лет. Контрацепция – отрицает. Гинекологический анамнез: гинекологические заболевания -отрицает. Акушерский анамнез: данная беременность 1, роды предстоят 1. I беременность – настоящая, самопроизвольная.

**Течение настоящей беременности.** Состоит на учёте в женской консультации с 8 недели. I триместр – без осложнений. II триместр – без осложнений. III триместр – ОРВИ, без температуры; За время беременности повышение цифр АД отрицает. Общая прибавка в весе + 13 кг.

**Объективное исследование.** Общее состояние – удовлетворительное. Сознание – ясное. Рост – 174 см, вес – 69 кг, ИМТ (вес/рост<sup>2</sup>)=23, температура – 36,6°C. Эмоционально стабильна, идет на контакт. Зрение ясное, головной боли нет. Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Отёков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Молочные железы мягкие, отделяемого из сосков нет. Варикозного расширения вен нижних конечностей нет, болезненности и гиперемии по ходу вен нет.

**Органы дыхания:** дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются, ЧДД – 18 в мин. **Органы кровообращения, сосуды:** тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Пульс – 78 уд. в мин, удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт.ст (на левой и правой руке). **Органы пищеварения:** стул был. Язык розовый, влажный, без налёта. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный во всех отделах. **Органы мочеотделения:** мочеиспускание свободное, неучащённое, безболезненное. Дизурических явлений нет. симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Моча светло-желтого цвета.

**Акушерский статус.** Размеры таза: *distantia spinarum/D.Sp/* – 25 см; *distantia cristarum/D.Cr/* – 28 см; *distantia trochanterica/D.Tr/* – 31 см; *conjugata externa/C.Ext/* – 20 см (*conjugata vera= conjugata externa-9см =20см-9см=11см*).

**Ромб Михаэлиса:** вертикальный – 11 см, горизонтальный – 10 см.

**Размер Франка**– 11 см. **Индекс Соловьева** (окружность лучезапястного сустава) - 16 см.

**Высота стояния дна матки над лоном (ВДМ)** – 37 см, **окружность живота (ОЖ)** – 100 см.

**Предполагаемая масса плода (ПМП) по формуле Жордана** 3425 г.

**Живот** овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, соответствует доношенному сроку гестации. **Матка** в нормальном тоне, невозбудима при пальпации, безболезненна во всех отделах, патологических выбуханий не выявлено.

#### **Приемы наружного акушерского исследования.**

**ПЕРВЫЙ ПРИЕМ-** В дне матки определяется крупная мягковатая и небаллотирующая часть – тазовый конец.

**ВТОРОЙ ПРИЕМ -** Спинка плода пальпируется слева и спереди, мелкие части плода справа – 1 позиция, передний вид. Положение продольное.

**ТРЕТИЙ ПРИЕМ –** Головное предлежание.

**ЧЕТВЕРТЫЙ ПРИЕМ** Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Симптом баллотирования положительный.

Сердцебиение плода – ясное, ритмичное, 130-140 уд/мин, выслушивается на уровне пупка. Шевеление плода ощущается хорошо. Околоплодные воды изливались.

С целью оценки акушерской ситуации проведено влагалищное исследование. Данные осмотра наружных половых органов: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, вход во влагалище и промежность без особенностей.

**Осмотр шейки матки при помощи зеркал (per speculum):** слизистая влагалища и шейки матки чистая, не эрозирована, без воспалительных явлений.

**Влагалищное исследование (per vaginum):** влагалище средней емкости, нерожавшей. Шейка матки Шейка матки центрирована, умеренно размягчена, длиной 1.5 см, цервикальный канал проходим для одного пальца. Плодного пузыря цел, плоский. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Костный таз емкий, без экзостозов и деформаций, мыс не достижим. Выделения -подтекают светлые околоплодные воды.

**Данные УЗИ:** имеется один плод в головном предлежании. Сердцебиение плода определяется, ритмичное, до 122 уд/мин. *Фетометрия* – размеры плода соответствуют 38-39 нед. ПМП – 3716 ± 250 г. *Анатомия плода* – видимые пороки развития не обнаружены. *Плацента, пуповина, околоплодные воды:* плацента расположена по передней стенке, на 10 см выше внутреннего зева. Толщина плаценты: 37 мм, структуры плаценты в норме, 3 степень зрелости. ИАЖ – 10 см (N 8-24 см в сроке 34 недели и более). Пуповина имеет 3 сосуда. *Шейка матки, стенки матки* – без особенностей. Визуализация затруднена из-за положения плода. *Допплерометрия:* показатели кровотока в норме. *Заключение:* Беременность доношенная. Головное предлежание. Показатели кровотока в норме.

**КТГ** плода- ЧСС – 140 ударов в мин. Состояние плода удовлетворительное.

**Диагноз и его обоснование.** Беременность 39-40 недель. Затылочное предлежание. Высокий боковой разрыв плодных оболочек.

Диагноз поставлен на основании жалоб, данных объективных методов обследования, приемов Леопольда, данных УЗИ, влагалищного исследования.

**Заключение:** показано перевод в родовое отделение, бригада акушеров развести оболочки, для наблюдения за динамикой развития регулярной родовой деятельности, состоянием плода и беременной.

**План родов:** при развитии регулярной родовой деятельности, роды вести через естественные родовые пути, под контролем АД и КТГ плода. С применением адекватного обезболивания. Проводить профилактику кровотечений в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.

**Назначения:** Лабораторные методы исследования – клинический анализ крови, определение группы крови и резус-фактора; исследования на ВИЧ, гепатиты В, С, сифилис; мазок на флору, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма. Инструментальные методы исследования – КТГ контроль, контроль АД. Эластическое бинтование нижних конечностей.

**Вопрос 3. Напишите протокол осмотра в приемном отделении родильного дома роженицы с недоношенной беременностью 34 недели, поступающей в первом периоде родов. При акушерском обследовании выявлено: родовая деятельность 3 часа, шейка матки укорочена до 1,0 см цервикальный канал пропускает 2 пальца, плодный пузырь цел.**

Пациентка обратилась самотеком в приемное отделение роддома с жалобами на регулярные схваткообразные боли внизу живота в течение 3 часов, схватки по 25-30 сек, через 5-6 минут умеренной силы и болезненности.

**Анамнез жизни.** *Аллергологический анамнез:* неотягощен. *Наследственность:* неотягощена. *Эпидемиологический анамнез:* неотягощен, контакты с инфекционными больными за последние 21 день отрицает. *Перенесенные заболевания:* нет. Гепатиты В, С, туберкулез, венерические заболевания – отрицает. *Операции, травмы, гемотрансфузия, гормонотерапия:* отрицает. *Вредные привычки* – отрицает. *Соматические заболевания:* нет

**Акушерско-гинекологический анамнез.** Менструальная функция: с 13 лет, по 3-5 дней, через 28-30 дней, регулярные, умеренные, умеренно болезненные. Половая жизнь: с 17 лет. Контрацепция – отрицает. Гинекологический анамнез: гинекологические заболевания - отрицает. Акушерский анамнез: данная беременность 1, роды предстоят 1. I беременность – настоящая, самопроизвольная.

**Течение настоящей беременности.** Состоит на учёте в женской консультации с 8 недели. I триместр – без осложнений. II триместр – без осложнений. III триместр – ОРВИ, без температуры. За время беременности повышение цифр АД отрицает. Общая прибавка в весе + 13 кг.

**Объективное исследование. Общий осмотр.** Общее состояние – удовлетворительное. Сознание – ясное. Рост – 174 см, вес – 95 кг, ИМТ (вес/рост<sup>2</sup>)=31, температура – 36,6°C. Зрение ясное, головной боли нет, Кожный покровы и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Молочные железы мягкие, отделяемого из сосков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс – 78 уд. в мин, удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт.ст. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание свободное, неучащённое, безболезненное. Варикозного расширения вен нижних конечностей нет. Отёков - нет. Дизурических явлений нет, стул был.

**Акушерский статус.** Размеры таза: *distantia spinarum/D.Sp/* – 25 см; *distantia cristarum/D.Cr/* – 28 см; *distantia trochanterica/D.Tr/* – 31 см; *conjugata externa/C.Ext/* – 20 см (*conjugata vera= conjugata externa-9см =20см-9см=11см*).

*Ромб Михаэлиса:* вертикальный – 11 см, горизонтальный – 10 см.

*Размер Франка* – 11 см. *Индекс Соловьева* (окружность лучезапястного сустава) - 16 см.

*Высота стояния дна матки над лоном (ВДМ)* – 34 см, *окружность живота (ОЖ)* – 90 см.

*Предполагаемая масса плода (ПМП) по формуле Жордания* 3000 г.

*Живот* овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, соответствует 36 неделям. *Матка* в нормальном тонусе, безболезненна во всех отделах, между схватками полностью расслабляется.

#### **Приемы наружного акушерского исследования.**

**ПЕРВЫЙ ПРИЕМ-** В дне матки определяется мягкий тазовый конец.

**ВТОРОЙ ПРИЕМ -** Спинка плода пальпируется слева и спереди, мелкие части плода справа – 1 позиция, передний вид. Положение продольное.

**ТРЕТИЙ ПРИЕМ –** Головное предлежание.

**ЧЕТВЕРТЫЙ ПРИЕМ** Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Симптом баллотирования положительный

Сердцебиение плода – ясное, ритмичное, 140 уд/мин, выслушивается ниже уровня пупка. Шевеление плода ощущается хорошо.

**С целью оценки акушерской ситуации проведено влагалищное исследование. Данные осмотра наружных половых органов:** наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, вход во влагалище и промежность без особенностей.

**Осмотр шейки матки при помощи зеркал (per speculum):** слизистая влагалища и шейки матки чистая, не эрозирована, без воспалительных явлений.

**Влагалищное исследование (per vaginum):** влагалище средней емкости, нерожавшей. Шейка матки центрирована, размягчена, длиной 1,0 см, цервикальный канал проходим для 2 пальцев. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Костный таз емкий, без экзостозов и деформаций, мыс не достижим. Выделения – слизистые, светлые.

**Данные УЗИ:** имеется один плод в головном предлежании. Сердцебиение плода определяется, ритмичное, до 142 уд/мин. *Фетометрия* – размеры плода соответствуют 34 нед. ПМП – 2000 ± 250 г. *Анатомия плода* – видимые пороки развития не обнаружены. *Плацента, пуповина, околоплодные воды:* плацента расположена по передней стенке, на 10 см выше внутреннего зева. Толщина плаценты: 34 мм, структуры плаценты в норме, 3 степень зрелости. ИАЖ – 10 см. Пуповина имеет

3 сосуда. стенки матки – без особенностей. *Допплерометрия*: показатели кровотока в норме. *Заключение*: Беременность 34 недели. Головное предлежание. Показатели кровотока в норме.

**КТГ** плода - ЧСС – 140 ударов в мин. Состояние плода удовлетворительное.

**Диагноз и его обоснование.** Беременность 34 недели. Головное предлежание. Первый период родов.

Диагноз поставлен на основании жалоб, данных объективных методов обследования, с помощью приемов Леопольда, данных УЗИ, влагалищного исследования.

**Заключение:** показано перевод в родовое отделение для наблюдения за динамикой развития родовой деятельности, состоянием плода и беременной.

**План родов:** родоразрешить через естественные родовые пути, под контролем АД и КТГ плода. С применением адекватного обезболивания. Проводить профилактику гипоксии плода, кровотечений в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.

**Назначения:** Лабораторные методы исследования – клинический анализ крови, определение группы крови и резус-фактора; исследования на ВИЧ, гепатиты В, С, сифилис; мазок на флору, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма. Инструментальные методы исследования – КТГ контроль, контроль АД. Эластическое бинтование нижних конечностей.

**Вопрос 4. Напишите протокол осмотра в приемном отделении родильного дома беременной, в сроке гестации 30 недель, поступающей с кровотечением обусловленным предлежанием плаценты. Кровопотеря в объеме около 100мл. Состояние плода удовлетворительное.**

доставлена в приемное отделение роддома по наряду СМП с жалобами на кровяные выделения из половых путей на фоне полного покоя в объеме 100мл.

**Анамнез жизни.** *Аллергологический анамнез:* не отягощен. *Наследственность:* не отягощена. *Эпидемиологический анамнез:* не отягощен, контакты с инфекционными больными за последние 21 день отрицает, из Москвы не выезжала. *Перенесенные заболевания:* ветряная оспа, краснуха (в детстве), ОРВИ ~ 1 раз в год. Гепатиты В, С, туберкулез, венерические заболевания – отрицает. *Операции, травмы, гемотрансфузия, гормонотерапия:* отрицает. *Вредные привычки:* употребление алкоголя, наркотиков, курение, токсикоманию – отрицает. *Соматические заболевания:* нет

**Акушерско-гинекологический анамнез.** *Менструальная функция:* с 13 лет, по 3-5 дней, через 28-30 дней, регулярные, умеренные, умеренно болезненные. *Половая жизнь:* с 17 лет. Контрацепция – отрицает. *Гинекологический анамнез:* гинекологические заболевания - отрицает. *Акушерский анамнез:* данная беременность 1, роды предстоят 1. I беременность – настоящая, самопроизвольная.

**Течение настоящей беременности.** Состоит на учёте в женской консультации с 8 недели. *I триместр* – без осложнений. *II триместр* – по УЗИ диагностировано предлежание плаценты. *III триместр* – ОРВИ, без температуры. За время беременности повышение цифр АД отрицает. Общая прибавка в весе + 13 кг.

**Объективное исследование.** *Общий осмотр.* Общее состояние – удовлетворительное. Сознание – ясное. Рост – 174 см, вес – 69 кг, ИМТ (вес/рост<sup>2</sup>)=23, температура – 36,6°C. Зрение ясное, головной боли нет, Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Молочные железы мягкие, отделяемого из сосков нет. дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются, ЧДД – 18 в мин. тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Пульс – 78 уд. в мин, удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт.ст (на левой и правой руке). *Органы пищеварения:* стул был накануне, оформленный, однократный. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный во всех отделах. мочеиспускание свободное, неучащённое, безболезненное. Дизурических явлений нет. симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Моча светло-желтого цвета.

**Акушерский статус.** Размеры таза: *distantia spinarum/D.Sp/* – 25 см; *distantia cristarum/D.Cr/* – 28 см; *distantia trochanterica/D.Tr/* – 31 см; *conjugata externa/C.Ext/* – 20 см (*conjugata vera = conjugata externa - 9 см = 20 см - 9 см = 11 см*).

*Ромб Михаэлиса:* вертикальный – 11 см, горизонтальный – 10 см.

*Размер Франка* – 11 см. *Индекс Соловьева* (окружность лучезапястного сустава) – 16 см.

*Высота стояния дна матки над лоном (ВДМ)* – 30 см, *окружность живота (ОЖ)* – 85 см.

*Предполагаемая масса плода (ПМП) по формуле Жордания* 2550 г.

*Живот* овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, соответствует сроку гестации. *Матка* в нормальном тоне, невозбудима при пальпации, безболезненна во всех отделах, патологических выбуханий не выявлено.

### **Приемы наружного акушерского исследования.**

Наружный прием акушерского исследования Леопольда-Левицкого.

**ПЕРВЫЙ ПРИЕМ** – В дне матки определяется крупная мягковатая и небалотирующая часть – тазовый конец.

**ВТОРОЙ ПРИЕМ** – Спинка плода пальпируется слева и спереди, мелкие части плода справа – 1 позиция, передний вид. Положение продольное.

**ТРЕТИЙ ПРИЕМ** – Симптом баллотирования положительный. Головное предлежание.

**ЧЕТВЕРТЫЙ ПРИЕМ** Предлежит головка плода, над входом в малый таз.

Сердцебиение плода – ясное, ритмичное, 130-140 уд/мин, выслушивается на уровне пупка. Шевеление плода ощущается хорошо.

**Данные осмотра наружных половых органов:** наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, вход во влагалище и промежность без особенностей.

**Осмотр шейки матки при помощи разогретых зеркал (*per speculum*):** слизистая влагалища и шейки матки чистая, не эрозирована, без воспалительных явлений. Из цервикального канала скудные алые кровяные выделения.

**Принимая во внимание предлежание плаценты от влагалищного исследования решено отказаться (*per vaginam*).**

**Данные УЗИ:** имеется один плод в головном предлежании. Сердцебиение плода определяется, ритмичное, до 142 уд/мин. *Фетометрия* – размеры плода соответствуют 30 нед. ПМП – 1500 ± 150 г. *Анатомия плода* – видимые пороки развития не обнаружены. *Плацента, пуповина, околоплодные воды:* плацента перекрывает внутренний зев с переходом на переднюю стенку, 2 степень зрелости. ИАЖ – 10 см. Пуповина имеет 3 сосуда. *Шейка матки длиной 37мм, стенки матки* – без особенностей. *Допплерометрия:* показатели кровотока в норме. *Заключение:* Беременность 30 недель. Головное предлежание. Предлежание плаценты. Показатели кровотока в норме.

**КТГ** плода - ЧСС – 140 ударов в мин. Состояние плода удовлетворительное.

**Клин анализ крови** – Гемоглобин 110 г/л.

**Диагноз и его обоснование.** Беременность 30 недель. Предлежание плаценты. Кровотечение.

Диагноз поставлен на основании жалоб, данных объективных методов обследования, с помощью приемов Леопольда, данных УЗИ.

**Заключение:** показано перевод в родовое отделение для наблюдения за состоянием беременной и плода.

**План родов:** Принимая во внимание недоношенный срок беременности, скудные кровяные выделения из половых путей, удовлетворительное состояние беременной и плода, решено провести терапию, направленную, на пролонгирование беременности: магнизиальный токолиз, гемостатическая, антибактериальная терапия, Профилактика РДС плода. При усилении кровяных выделений или ухудшении функционального состояния плода родоразрешить путем операции кесарева сечения в экстренном порядке.



**Назначения:** Режим постельный. Лабораторные методы исследования – клинический анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, определение группы крови и резус-фактора; исследования на ВИЧ, гепатиты В, С, сифилис; мазок на флору, посев из цервикального канала, общий анализ мочи. Инструментальные методы исследования – контроль АД, пульса, температуры. КТГ контроль плода, УЗИ в динамике.

**Вопрос 5. Напишите протокол осмотра в приемном отделении родильного дома беременной, в сроке гестации 36 недель, поступающей с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Сердцебиение плода 90 ударов в минуту.**

доставлена в приемное отделение роддома по наряду СМП с жалобами на кровяные выделения из половых путей, боли в животе, которые появились после физической нагрузки.

**Анамнез жизни.** Аллергологический анамнез: неотягощен. Наследственность: неотягощена. Эпидемиологический анамнез: неотягощен, контакты с инфекционными больными за последние 21 день отрицает, из Москвы не выезжала. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, краснуха (в детстве), ОРВИ ~ 1 раз в год. Гепатиты В, С, туберкулез, венерические заболевания – отрицает. Операции, травмы, гемотрансфузия, гормонотерапия: отрицает. Вредные привычки: употребление алкоголя, наркотиков, курение, токсикоманию – отрицает. Соматические заболевания: нет

**Акушерско-гинекологический анамнез.** Менструальная функция: с 13 лет, по 3-5 дней, через 28-30 дней, регулярные, умеренные, умеренно болезненные. Половая жизнь: с 17 лет. Контрацепция – отрицает. Гинекологический анамнез: гинекологические заболевания - отрицает. Акушерский анамнез: данная беременность 1, роды предстоят 1. I беременность – настоящая, самопроизвольная.

**Течение настоящей беременности.** Состоит на учёте в женской консультации с 8 недели. I триместр – без осложнений. II триместр – без осложнений. III триместр – без осложнений. За время беременности повышение цифр АД отрицает. Общая прибавка в весе + 13 кг.

**Объективное исследование.** Общий осмотр. Общее состояние – удовлетворительное. Сознание – ясное. Рост – 174 см, вес – 69 кг, ИМТ (вес/рост<sup>2</sup>)=23, температура – 36,6°C. Эмоционально стабильна, идет на контакт. Зрение ясное, головной боли нет, болей в подложечной области нет, рефлексы симметричны D=S. Нормостенического телосложения, ПЖК развита умеренно. Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Молочные железы мягкие, отделяемого из сосков нет.

**Органы дыхания:** дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются, ЧДД – 18 в мин. **Органы кровообращения, сосуды:** тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Пульс – 78 уд. в мин, удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт.ст (на левой и правой руке). **Органы пищеварения:** стул был накануне, оформленный, однократный. Язык розовый, влажный, без налёта. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный во всех отделах. **Органы мочеотделения:** мочеиспускание свободное, неучащённое, безболезненное. Дизурических явлений нет. симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Моча светло-желтого цвета.

**Акушерский статус.** Размеры таза: *distantia spinarum/D.Sp/* – 25 см; *distantia cristarum/D.Cr/* – 28 см; *distantia trochanterica/D.Tr/* – 31 см; *conjugata externa/C.Ext/* – 20 см (*conjugata vera= conjugata externa-9см =20см-9см=11см*).

**Ромб Михаэлиса:** вертикальный – 11 см, горизонтальный – 10 см.

**Размер Франка**– 11 см. **Индекс Соловьева** (окружность лучезапястного сустава) - 16 см.

**Высота стояния дна матки над лоном (ВДМ)** – 36 см, **окружность живота (ОЖ)** – 87 см.

**Предполагаемая масса плода (ПМП) по формуле Жордания** 3132 г.

**Живот** овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, соответствует сроку беременности, при пальпации безболезненна во всех отделах. **Матка** возбудима при пальпации, безболезненна во всех отделах, патологических выбуханий не выявлено. Сердцебиение плода – глухое, аритмичное, до 90 уд/мин, выслушивается ниже уровня пупка. Шевеление плода ощущается вяло.

Выделения кровяные умеренные.

### **Приемы наружного акушерского исследования.**

Наружный прием акушерского исследования Леопольда-Левицкого.

ПЕРВЫЙ ПРИЕМ- В дне матки определяется крупная мягковатая и небаллотирующая часть – тазовый конец.

ВТОРОЙ ПРИЕМ - Спинка плода пальпируется слева и спереди, мелкие части плода справа – 1 позиция, передний вид. Положение продольное.

ТРЕТИЙ ПРИЕМ – Головное предлежание.

ЧЕТВЕРТЫЙ ПРИЕМ Предлежит головка плода, над входом в малый таз. Симптом баллотирования положительный.

**Данные осмотра наружных половых органов:** наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, вход во влагалище и промежность без особенностей.

**Осмотр шейки матки при помощи разогретых зеркал (per speculum):** слизистая влагалища и шейки матки чистая, не эрозирована, без воспалительных явлений. Из цервикального канала умеренные кровяные выделения.

**Принимая во внимание преждевременную отслойку плаценты от влагалищного исследования решено отказаться (per vaginum).**

**Данные УЗИ:** имеется один плод в головном предлежании. Сердцебиение плода определяется, глухое, аритмичное, до 90 уд/мин. *Фетометрия* – размеры плода соответствуют 36 нед. ПМП – 2600 ± 150 г. *Анатомия плода* – видимые пороки развития не обнаружены. *Плацента, пуповина, околоплодные воды:* плацента по передней стенке матки, на 7 см выше от внутреннего зева, с участком отслойки у нижнего края 7\*8см. 2 степень зрелости. ИАЖ – 10 см. Пуповина имеет 3 сосуда. *Шейка матки длиной 37мм, стенки матки* – без особенностей. Матка в тонусе. *Допплерометрия:* нарушение кровотока в маточно плацентарном комплексе. *Заключение:* Беременность 36 недель. Головное предлежание. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Нарушение кровотока в маточно- плацентарном комплексе. Острая гипоксия плода.

**КТГ** плода - ЧСС – до 90 ударов в мин. Монотонный ритм. Острая гипоксия плода.

**Диагноз и его обоснование.** Беременность 36 недель. Головное предлежание. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Острая гипоксия плода

**Заключение:** показано перевод в операционную, эндотрахеальный наркоз

**План родов:** Принимая во внимание преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты. Острую гипоксию плода, родоразрешить путем операции кесарева сечения в экстренном порядке.

**Назначения:** Лабораторные методы исследования – клинический анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, определение группы крови и резус-фактора; исследования на ВИЧ, гепатиты В, С, сифилис; мазок на флору, посев из цервикального канала, общий анализ мочи,. Инструментальные методы исследования – контроль АД, пульса, температуры.

**Вопрос 6. Напишите протокол осмотра в приемном отделении родильного дома роженицы с недоношенной беременностью с монохориальной моноамниотической двойней, в сроке гестации 34 недели, поступающей в первом периоде родов. При акушерском обследовании выявлено: открытие маточного зева 5,0 см, плодный пузырь цел, тазовое предлежание 1 плода, первая позиция передний вид, головное предлежание 2 плода. Состояние плодов удовлетворительное.**

по наряду СМП доставлена в приемное отделение роддома с жалобами на регулярные схваткообразные боли внизу живота схватки по 25-30 сек, через 4-5 минут умеренной силы и болезненности.

**Анамнез жизни.** *Аллергологический анамнез:* не отягощен. *Наследственность:* не отягощена. *Эпидемиологический анамнез:* не отягощен, контакты с инфекционными больными за последние 21

день отрицает, из Москвы не выезжала. *Перенесенные заболевания*: ветряная оспа, краснуха (в детстве), ОРВИ ~ 1 раз в год. Гепатиты В, С, туберкулез, венерические заболевания – отрицает. *Операции, травмы, гемотрансфузия, гормонотерапия*: отрицает. *Вредные привычки*: употребление алкоголя, наркотиков, курение, токсикоманию – отрицает. *Соматические заболевания*: нет

**Акушерско-гинекологический анамнез.** *Менструальная функция*: с 13 лет, по 3-5 дней, через 28-30 дней, регулярные, умеренные, умеренно болезненные. *Половая жизнь*: с 17 лет. Контрацепция – отрицает. *Гинекологический анамнез*: гинекологические заболевания - отрицает. *Акушерский анамнез*: данная беременность 1, роды предстоят 1. I беременность – настоящая, самопроизвольная.

**Течение настоящей беременности.** Состоит на учёте в женской консультации с 8 недели. *I триместр* – без осложнений. *II триместр* – без осложнений. *III триместр* – ОРВИ, без температуры. За время беременности повышение цифр АД отрицает. Общая прибавка в весе + 20 кг.

**Объективное исследование.** Общее состояние – удовлетворительное. Сознание – ясное. Рост – 174 см, вес – 85 кг, ИМТ ( $\text{вес}/\text{рост}^2$ )=28, температура – 36,6°C. Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Молочные железы мягкие, отделяемого из сосков нет. *Органы дыхания*: дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются, ЧДД – 18 в мин. *Органы кровообращения, сосуды*: тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Пульс – 78 уд. в мин, удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт.ст (на левой и правой руке). *Органы пищеварения*: стул был накануне, оформленный, однократный. Язык розовый, влажный, без налёта. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный во всех отделах. *Органы мочеотделения*: мочеиспускание свободное, неучащённое, безболезненное. Дизурических явлений нет. симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**Акушерский статус.** Размеры таза: *distantia spinarum/D.Sp/* – 25 см; *distantia cristarum/D.Cr/* – 28 см; *distantia trochanterica/D.Tr/* – 31 см; *conjugata externa/C.Ext/* – 20 см (*conjugata vera = conjugata externa - 9 см = 20 см - 9 см = 11 см*).  
*Ромб Михаэлиса*: вертикальный – 11 см, горизонтальный – 10 см.  
*Размер Франка* – 11 см. *Индекс Соловьева* (окружность лучезапястного сустава) - 16 см.  
*Высота стояния дна матки над лоном (ВДМ)* – 44 см, *окружность живота (ОЖ)* – 120 см.  
*Предполагаемая масса плода (ПМП) по формуле Жордания* 5280 г.

#### **Приемы наружного акушерского исследования.**

**ПЕРВЫЙ ПРИЕМ**- В дне матки слева определяется плотная головка плода, в дне матки справа мягковатая часть – тазовый конец 2 плода.

**ВТОРОЙ ПРИЕМ** - Спинки плодов пальпируются справа и слева, спереди. Положение плодов продольное.

**ТРЕТИЙ ПРИЕМ** – Тазовое предлежание 1 плода. Головное предлежание 2 плода.

**ЧЕТВЕРТЫЙ ПРИЕМ** Предлежит тазовый конец 1 плода, прижата ко входу в малый таз. Симптом баллотирования отрицательный.

*Живот* овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, соответствует доношенному сроку беременности. Визуализируется углубление в середине дна матки. *Матка* в нормальном тоне, слегка невозбудима при пальпации, между схватками расслабляется полностью.

*Сердцебиение плодов* – ясное, ритмичное, 130/140 уд/мин, выслушивается на уровне пупка, слева и справа. Шевеление плодов ощущается хорошо.

**С целью оценки акушерской ситуации проведено влагалищное исследование. Данные осмотра наружных половых органов:** наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, вход во влагалище и промежность без особенностей.

**Осмотр шейки матки при помощи зеркал (per speculum):** слизистая влагалища и шейки матки чистая, не эрозирована, без воспалительных явлений.

**Влагалищное исследование (per vaginum):** влагалище средней емкости, нерожавшей. Шейка матки мягкая, сглажена, края тонкие, открытие маточного зева 5 см. Плодный пузырь цел, оболочки

гладкие. Предлежит тазовый конец 1 плода, прижата ко входу в малый таз. Через оболочки Межвертельная линия в левом косом размере, крестец и копчик слева кпереди. Мыс не достижим. Экзостозов нет. Выделения слизистые, умеренные.

**Данные УЗИ:** в полости матки имеется два плода, 1-в тазовом предлежании, 2- в головном предлежании. Сердцебиение плодов определяется, ясное, ритмичное, 130/142 уд/мин. *Фетометрия* – размеры плода соответствуют 34 нед. ПМП – 1 плода 1900; 2 – плода - 2000 ± 150 гр. *Анатомия плодов* – видимые пороки развития не обнаружены. *Плацента, пуповина, околоплодные воды:* плацента расположена по передней стенке, на 10 см выше внутреннего зева. Толщина плаценты: 34 мм, структуры плаценты в норме, 3 степень зрелости. ИАЖ – 22. Пуповины имеют 3 сосуда. *Шейка матки, стенки матки* – без особенностей. Визуализация затруднена из-за положения плодов. *Допплерометрия:* показатели кровотока в норме. *Заключение:* Беременность 34 недели. Монохориальная моноамниотическая двойня Тазовое предлежание первого плода. Головное предлежание второго плода. Показатели кровотока в норме.

**КТГ плодов - ЧСС** – 130/140 ударов в мин. Состояние плодов удовлетворительное.

**Диагноз и его обоснование.** Беременность 34 недели. Монохориальная моноамниотическая двойня Тазовое предлежание первого плода. Головное предлежание второго плода. Первый период родов.

Диагноз поставлен на основании жалоб, данных объективных методов обследования с помощью приемов Леопольда, данных УЗИ, влагалищного исследования.

**Заключение:** показано перевод в родовое отделение для родоразрешения.

**План родов:** Принимая во внимание монохориальную моноамниотическую двойню, тазовое предлежание первого плода, головное предлежание второго плода, с целью снижения пренатального риска, родоразрешить путем операции кесарева сечения в экстренном порядке.

**Назначения:** Лабораторные методы исследования – клинический анализ крови, определение группы крови и резус-фактора; исследования на ВИЧ, гепатиты В, С, сифилис; мазок на флору, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма. Инструментальные методы исследования – Эластическое бинтование нижних конечностей.

**Вопрос 7. Напишите протокол осмотра в приемном отделении родильного дома роженицы с доношенной бихориальной биамниотической двойней, поступающей в первом периоде родов. При акушерском обследовании выявлено: открытие маточного зева 6,0 см, плодный пузырь цел, головное предлежание 1 плода, вторая позиция передний вид. Состояние плодов удовлетворительное.**

по наряду СМП доставлена в приемное отделение роддома с жалобами на регулярные схваткообразные боли внизу живота, схватки по 25-30 сек, через 4-5 минут умеренной силы и болезненности.

**Анамнез жизни.** *Аллергологический анамнез:* не отягощен. *Наследственность:* не отягощена. *Эпидемиологический анамнез:* не отягощен, контакты с инфекционными больными за последние 21 день отрицает, из Москвы не выезжала. *Перенесенные заболевания:* ветряная оспа, краснуха (в детстве), ОРВИ ~ 1 раз в год. Гепатиты В, С, туберкулез, венерические заболевания – отрицает. *Операции, травмы, гемотрансфузия, гормонотерапия:* отрицает. *Вредные привычки:* употребление алкоголя, наркотиков, курение, токсикоманию – отрицает. *Соматические заболевания:* нет

**Акушерско-гинекологический анамнез.** *Менструальная функция:* с 13 лет, по 3-5 дней, через 28-30 дней, регулярные, умеренные, умеренно болезненные. *Половая жизнь:* с 17 лет. Контрацепция – отрицает. *Гинекологический анамнез:* гинекологические заболевания - отрицает. *Акушерский анамнез:* данная беременность 1, роды предстоят 1. I беременность – настоящая, самопроизвольная.

**Течение настоящей беременности.** Состоит на учёте в женской консультации с 8 недели. *I* триместр – без осложнений. *II* триместр – без осложнений. *III* триместр – ОРВИ, без температуры. За время беременности повышение цифр АД отрицает. Общая прибавка в весе + 25 кг.

**Объективное исследование.** Общее состояние – удовлетворительное. Сознание – ясное. Рост – 174 см, вес – 95 кг, ИМТ ( $\text{вес}/\text{рост}^2$ )=31, температура – 36,6°C. Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Молочные железы мягкие, отделяемого из сосков нет. *Органы дыхания:* дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются, ЧДД – 18 в мин. *Органы кровообращения, сосуды:* тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Пульс – 78 уд. в мин, удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт.ст (на левой и правой руке). *Органы пищеварения:* стул был накануне, оформленный, однократный. Язык розовый, влажный, без налёта. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный во всех отделах. *Органы мочеотделения:* мочеиспускание свободное, неучащённое, безболезненное. Дизурических явлений нет. симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**Акушерский статус.** Размеры таза: *distantia spinarum/D.Sp/* – 25 см; *distantia cristarum/D.Cr/* – 28 см; *distantia trochanterica/D.Tr/* – 31 см; *conjugata externa/C.Ext/* – 20 см (*conjugata vera = conjugata externa - 9 см = 20 см - 9 см = 11 см*).

*Ромб Михаэлиса:* вертикальный – 11 см, горизонтальный – 10 см.

*Размер Франка* – 11 см. *Индекс Соловьева* (окружность лучезапястного сустава) – 16 см.

*Высота стояния дна матки над лоном (ВДМ)* – 50 см, *окружность живота (ОЖ)* – 140 см.

*Предполагаемая масса плода (ПМП) по формуле Жордания* 7000 г.

#### **Приемы наружного акушерского исследования.**

Наружный прием акушерского исследования Леопольда-Левицкого.

ПЕРВЫЙ ПРИЕМ- В дне матки слева и справа определяются мягковатые части – тазовый конец 1 и 2 плодов.

ВТОРОЙ ПРИЕМ - Спинки плодов пальпируются справа и слева, спереди, Положение плодов продольное.

ТРЕТИЙ ПРИЕМ – Головное предлежание 1 и 2 плода.

ЧЕТВЕРТЫЙ ПРИЕМ Предлежит головка 1 плода, прижата ко входу в малый таз. Симптом баллотирования отрицательный.

*Живот* овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, соответствует доношенному сроку беременности. Визуализируется углубление в середине дна матки. *Матка* в нормальном тонусе, слегка возбудима при пальпации, между схватками расслабляется полностью.

*Сердцебиение плодов* – ясное, ритмичное, 130/140 уд/мин, выслушивается на уровне пупка, слева и справа. Шевеление плодов ощущает хорошо.

**С целью оценки акушерской ситуации проведено влагалищное исследование. Данные осмотра наружных половых органов:** наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, вход во влагалище и промежность без особенностей.

**Осмотр шейки матки при помощи зеркал (per speculum):** слизистая влагалища и шейки матки чистая, не эрозирована, без воспалительных явлений.

**Влагалищное исследование (per vaginum):** влагалище средней емкости, нерожавшей. Шейка матки сглажена, края тонкие, открытие маточного зева 6 см. Плодный пузырь цел, оболочки гладкие. Предлежит головка 1 плода, прижата ко входу в малый таз. Через оболочки стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа кпереди, ниже большого. Мыс не достижим. Экзостозов нет. Выделения слизистые, умеренные.

**Данные УЗИ:** в полости матки имеется два плода, в головном предлежании. Сердцебиение плодов определяется, ясное, ритмичное, 130/142 уд/мин. *Фетометрия* – размеры плода соответствуют 37 нед. ПМП – 1 плода 2450; 2 – плода - 2500 ± 150 гр. *Анатомия плодов* – видимые пороки развития не обнаружены. *Плацента, пуповина, околоплодные воды:* плацента 1 плода расположена по передней стенке, плацента 2 плода расположена по задней стенке, на 10 см выше внутреннего зева.

Толщина плаценты: 37 мм, структуры плаценты в норме, 3 степень зрелости. ИАЖ – 24. Пуповины имеют 3 сосуда. *Шейка матки, стенки матки* – без особенностей. Визуализация затруднена из-за положения плодов. *Допплерометрия*: показатели кровотока в норме. *Заключение*: Беременность 37 недели. Бихориальная биамниотическая двойня. Головное предлежание обоих плодов. Показатели кровотока в норме.

**КТГ** плодов - ЧСС – 130/140 ударов в мин. Состояние плодов удовлетворительное.

**Диагноз и его обоснование.** Беременность 37 недели. Бихориальная биамниотическая двойня. Головное предлежание 1 и 2 плода. Вторая позиция, передний вид 1 плода. Первый период родов.

Диагноз поставлен на основании, жалоб, данных объективных методов обследования, приемов Леопольда, данных УЗИ, влагалищного исследования.

**Заключение:** показано перевод в родовое отделение для родоразрешения.

**План родов.** Роды продолжить вести через естественные родовые пути, с проведением амниотомии, под контролем АД и КТГ плода. С применением адекватного обезболивания. Проводить профилактику кровотечений в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.

**Назначения:** Лабораторные методы исследования – клинический анализ крови, определение группы крови и резус-фактора; исследования на ВИЧ, гепатиты В, С, сифилис; мазок на флору, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма. Инструментальные методы исследования – Эластическое бинтование нижних конечностей.

**Вариант 8. Напишите протокол осмотра в приемном отделении беременной с бихориальной биамниотической двойней, поступающей с угрозой преждевременных родов в сроке 29 недель. При акушерском обследовании выявлено: родовой деятельности нет, шейка матки укорочена до 1,0 см, цервикальный канал пропускает 1 палец, плодный пузырь цел. Состояние обоих плодов удовлетворительное.**

Поступила по направлению врача женской консультации с жалобами на тянущие боли внизу живота

**Анамнез жизни.** *Аллергологический анамнез:* не отягощен. *Наследственность:* не отягощена. *Эпидемиологический анамнез:* не отягощен, контакты с инфекционными больными за последние 21 день отрицает. *Перенесенные заболевания:* нет. Гепатиты В, С, туберкулез, венерические заболевания – отрицает. *Операции, травмы, гемотрансфузия, гормонотерапия:* отрицает. *Вредные привычки*– отрицает. *Соматические заболевания:* нет

**Акушерско-гинекологический анамнез.** *Менструальная функция:* с 13 лет, по 3-5 дней, через 28-30 дней, регулярные, умеренные, умеренно болезненные. *Половая жизнь:* с 17 лет. Контрацепция – отрицает. *Гинекологический анамнез:* гинекологические заболевания - отрицает. *Акушерский анамнез:* данная беременность 1, роды предстоят 1. I беременность – настоящая, самопроизвольная.

**Течение настоящей беременности.** Состоит на учёте в женской консультации с 8 недели. *I триместр* – без осложнений. *II триместр* – без осложнений. *III триместр* – ОРВИ, без температуры. За время беременности повышение цифр АД отрицает. Общая прибавка в весе + 25 кг.

**Объективное исследование.** *Общий осмотр.* Общее состояние – удовлетворительное. Сознание – ясное. Рост – 174 см, вес – 95 кг, ИМТ (вес/рост<sup>2</sup>)=31, температура – 36,6°C. Зрение ясное, головной боли нет, Кожный покровы и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Молочные железы мягкие, отделяемого из сосков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс – 78 уд. в мин, удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт.ст. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание свободное, неучащённое, безболезненное. Варикозного расширения вен нижних конечностей нет. Отёков - нет. Дизурических явлений нет, стул был.

**Акушерский статус.** Размеры таза: *distantia spinarum/D.Sp/* – 25 см; *distantia cristarum/D.Cr/* – 28 см; *distantia trochanterica/D.Tr/* – 31 см; *conjugata externa/C.Ext/* – 20 см (*conjugata vera = conjugata externa - 9 см = 20 см - 9 см = 11 см*).

*Ромб Михаэлиса:* вертикальный – 11 см, горизонтальный – 10 см.

*Размер Франка* – 11 см. *Индекс Соловьева* (окружность лучезапястного сустава) – 16 см.

*Высота стояния дна матки над лоном (ВДМ)* – 40 см, *окружность живота (ОЖ)* – 100 см.

*Предполагаемая масса плода (ПМП) по формуле Жордания* 4000 г.

### **Приемы наружного акушерского исследования.**

Наружный прием акушерского исследования Леопольда-Левицкого.

**ПЕРВЫЙ ПРИЕМ** - В дне матки слева и справа определяются мягковатые части – тазовый конец 1 и 2 плодов.

**ВТОРОЙ ПРИЕМ** - Спинки плодов пальпируются справа и слева, спереди, Положение плодов продольное.

**ТРЕТИЙ ПРИЕМ** – Головное предлежание 1 и 2 плода.

**ЧЕТВЕРТЫЙ ПРИЕМ** Предлежит головка 1 плода, над входом в малый таз. Симптом баллотирования положительный.

*Живот* овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, соответствует доношенному сроку беременности. Визуализируется углубление в середине дна матки. *Матка* в нормальном тоне, слегка возбудима при пальпации.

Сердцебиение плодов – ясное, ритмичное, 130/140 уд/мин, выслушивается на уровне пупка, слева и справа. Шевеление плодов ощущает хорошо.

**С целью оценки акушерской ситуации проведено влагалищное исследование. Данные осмотра наружных половых органов:** наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, вход во влагалище и промежность без особенностей.

**Осмотр шейки матки при помощи зеркал (per speculum):** слизистая влагалища и шейки матки чистая, не эрозирована, без воспалительных явлений.

**Влагалищное исследование (per vaginum):** влагалище средней емкости, нерожавшей. Шейка матки центрирована, умеренно размягчена, длиной 1,0 см, цервикальный канал проходим для 1 пальца. Предлежит головка 1 плода, над входом в малый таз. Мыс не достижим. Экзостозов нет. Выделения слизистые, умеренные.

**Данные УЗИ:** в полости матки имеется два плода, в головном предлежании. Сердцебиение плодов определяется, ясное, ритмичное, 130/142 уд/мин. *Фетометрия* – размеры плода соответствуют 29 нед. ПМП – 1 плода 1000гр; 2 – плода - 950 ± 150 гр. *Анатомия плодов* – видимые пороки развития не обнаружены. *Плацента, пуповина, околоплодные воды:* плацента 1 плода расположена по передней стенке, плацента 2 плода расположена по задней стенке, на 10 см выше внутреннего зева. Толщина плаценты: 29 мм, структуры плаценты в норме, 3 степень зрелости. ИАЖ – 20. Пуповины имеют 3 сосуда. *Шейка матки, стенки матки* – без особенностей. Визуализация затруднена из-за положения плодов. *Допплерометрия:* показатели кровотока в норме. *Заключение:* Беременность 29 недели. Бихориальная биамниотическая двойня. Головное предлежание обоих плодов. Показатели кровотока в норме.

**КТГ** плодов - ЧСС – 130/140 ударов в мин. Состояние плодов удовлетворительное.

**Диагноз и его обоснование.** Беременность 29 недели. Бихориальная биамниотическая двойня. Головное предлежание 1 и 2 плода. Угроза преждевременных родов.

Диагноз поставлен на основании жалоб, данных объективных методов обследования и ощущений беременной (измерение высоты стояния дна матки, окружности живота, ощущения шевелений плода, сердцебиение плода, данные влагалищного исследования и осмотра в зеркалах), характер предлежания установлен с помощью приемов Леопольда, данных УЗИ.

**Заключение:** показано перевод в отделение патологии беременных.

**План ведения.** Терапия, направленная, на пролонгирование беременности: спазмолитическая терапия. Профилактика РДС плода. Решить вопрос о введении акушерского пессария, после получения результата посева из цервикального канала.

**Назначения:** Лабораторные методы исследования – клинический анализ крови, определение группы крови и резус-фактора; исследования на ВИЧ, гепатиты В, С, сифилис; мазок на флору, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма. Взять посев из цервикального канала.

**Вопрос 9. Напишите протокол осмотра в приемном отделении родильного дома беременной, в сроке гестации 36 недель, поступающей с артериальным давлением 160/100 мм. рт.ст. Состояние плода удовлетворительное.**

Поступила по направлению врача женской консультации с жалобами на повышение артериального давления до 160/100мм.рт.ст.на фоне психо-эмоционального перенапряжения

**Анамнез жизни.** Аллергологический анамнез: не отягощен. Наследственность: не отягощена. Эпидемиологический анамнез: не отягощен, контакты с инфекционными больными за последние 21 день отрицает. Перенесенные заболевания: нет. Гепатиты В, С, туберкулез, венерические заболевания – отрицает. Операции, травмы, гемотрансфузия, гормонотерапия: отрицает. Вредные привычки– отрицает. Соматические заболевания: нет

**Акушерско-гинекологический анамнез.** Менструальная функция: с 13 лет, по 3-5 дней, через 28-30 дней, регулярные, умеренные, умеренно болезненные. Половая жизнь: с 17 лет. Контрацепция – отрицает. Гинекологический анамнез: гинекологические заболевания - отрицает. Акушерский анамнез: данная беременность 1, роды предстоят 1. I беременность – настоящая, самопроизвольная.

**Течение настоящей беременности.** Состоит на учёте в женской консультации с 8 недели. I триместр – без осложнений. II триместр – без осложнений. III триместр – За время беременности повышение цифр АД несколько раз до 140/90 . Общая прибавка в весе + 12 кг.

**Объективное исследование.** *Общий осмотр.* Общее состояние – удовлетворительное. Сознание – ясное. Рост – 174 см, вес – 64 кг, ИМТ (вес/рост<sup>2</sup>)=23, температура – 36,6°С. Зрение ясное, головной боли нет, Кожный покровы и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Молочные железы мягкие, отделяемого из сосков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс – 88 уд. в мин, удовлетворительных качеств. АД 160/100 мм рт.ст. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание свободное, неучащённое, безболезненное. Варикозного расширения вен нижних конечностей нет. Отёков – нижних конечностей. Дизурических явлений нет, стул был.

**Акушерский статус.** Размеры таза: *distantia spinarum/D.Sp/* – 25 см; *distantia cristarum/D.Cr/* – 28 см; *distantia trochanterica/D.Tr/* – 31 см; *conjugata externa/C.Ext/* – 20 см (*conjugata vera= conjugata externa-9см =20см-9см=11см*).

*Ромб Михаэлиса:* вертикальный – 11 см, горизонтальный – 10 см.

*Размер Франка*– 11 см. *Индекс Соловьева* (окружность лучезапястного сустава) - 16 см.

*Высота стояния дна матки над лоном (ВДМ)* – 37 см, *окружность живота (ОЖ)* – 95 см.

*Предполагаемая масса плода (ПМП) по формуле Жордания* 3500 г.

**Приемы наружного акушерского исследования.**

Наружный прием акушерского исследования Леопольда-Левицкого.

ПЕРВЫЙ ПРИЕМ- В дне матки мягковатые часть – тазовый конец .

ВТОРОЙ ПРИЕМ - Спинки плода пальпируется слева, кпереди, мягкие части плода справа,

Положение плода продольное. Первая позиция передний вид

ТРЕТИЙ ПРИЕМ – Головное предлежание.

ЧЕТВЕРТЫЙ ПРИЕМ Предлежит головка плода, над входом в малый таз. Симптом баллотирования положительный.



*Живот* овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, соответствует сроку беременности. *Матка* в нормальном тоне, безболезненная при пальпации. Сердцебиение плода – ясное, ритмичное, 140 уд/мин, выслушивается ниже пупка, слева. Шевеление плода ощущает хорошо.

**С целью оценки акушерской ситуации проведено влагалищное исследование. Данные осмотра наружных половых органов:** наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, вход во влагалище и промежность без особенностей.

**Осмотр шейки матки при помощи зеркал (per speculum):** слизистая влагалища и шейки матки чистая, не эрозирована, без воспалительных явлений.

**От проведения Влагалищного исследования отказаться** учитывая цифры артериального давления, недоношенный срок беременности.

**Данные УЗИ:** в полости матки имеется один плод, в головном предлежании. Сердцебиение определяется, ясное, ритмичное, 142 уд/мин. *Фетометрия* – размеры плода соответствуют 36 нед. ПМЖ – 2550 ± 150 гр. *Анатомия плодов* – видимые пороки развития не обнаружены. *Плацента, пуповина, околоплодные воды:* плацента расположена по передней стенке, на 10 см выше внутреннего зева. Толщина плаценты: 36 мм, структуры плаценты в норме, 3 степень зрелости. ИАЖ – 18. Пуповины имеют 3 сосуда. *Шейка матки, стенки матки* – без особенностей. *Допплерометрия:* показатели кровотока в норме. *Заключение:* Беременность 36 недели. Головное предлежание. Показатели кровотока в норме.

**КТГ** плода - ЧСС – 140 ударов в мин. Состояние плода удовлетворительное.

**Общий анализ мочи:** белок – нет

**Диагноз и его обоснование.** Беременность 36 недели. Головное предлежание. Гестационная артериальная гипертензия.

Диагноз поставлен на основании жалоб, данных объективных методов исследования, с помощью приемов Леопольда, данных УЗИ, лабораторных методов исследования

**Заключение:** показано перевод в ПИТ.

**План ведения.** Антигипертензивная, магнезиальная терапия, седативная терапия. Контроль цифр артериального давления.

**Назначения:** Лабораторные методы исследования – клинический анализ крови, определение группы крови и резус-фактора; исследования на ВИЧ, гепатиты В, С, сифилис; мазок на флору, биохимический анализ крови, коагулограмма. общий анализ мочи, суточная потеря белка.

**Вопрос 10. Напишите протокол осмотра в приемном отделении родильного дома беременной, в сроке гестации 38 недель, поступающей в родильный дом после приступа судорог. Беременная без сознания, артериальное давление 170/110 мм рт.ст. Сердцебиение плода не определяется.**

Поступила пациентка по наряду СМП после приступа судорог, без сознания, повышение цифр артериального давления до 170/110мм.рт.ст.

**Анамнез жизни.** *Аллергологический анамнез:* не отягощен. *Наследственность:* не отягощена. *Эпидемиологический анамнез:* не отягощен, контакты с инфекционными больными за последние 21 день отрицает. *Перенесенные заболевания:* нет. Гепатиты В, С, туберкулез, венерические заболевания – отрицает. *Операции, травмы, гемотранфузия, гормонотерапия:* отрицает. *Вредные привычки*– отрицает. *Соматические заболевания:* нет

**Акушерско-гинекологический анамнез.** *Менструальная функция:* с 13 лет, по 3-5 дней, через 28-30 дней, регулярные, умеренные, умеренно болезненные. *Половая жизнь:* с 17 лет. Контрацепция – отрицает. *Гинекологический анамнез:* гинекологические заболевания - отрицает. *Акушерский анамнез:* данная беременность 3, роды предстоят. I беременность – срочные роды мальчик 3200/52 б/о. 2 беременность – срочные роды мальчик 3300/51см. б/о. 3-настоящая, самопроизвольная.

**Течение настоящей беременности.** Состоит на учёте в женской консультации с 15 недели. посещала врача не регулярно. *I триместр* – без осложнений. *II триместр* – без осложнений. *III триместр* – отеки, нижних конечностей, повышение цифр АД несколько раз до 140/90мм.рт.ст. . Общая прибавка в весе + 12 кг.

**Объективное исследование.** *Общий осмотр.* Общее состояние – тяжелое, без сознания. Кожный покровы и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс – 92 уд. в мин. АД 170/110 мм рт.ст. Рост – 170 см, вес – 84 кг, ИМТ (вес/рост<sup>2</sup>)=29, температура – 36,6°С. Отеки – генерализованные.

**Акушерский статус.** Размеры таза: *distantia spinarum/D.Sp/* – 25 см; *distantia cristarum/D.Cr/* – 28 см; *distantia trochanterica/D.Tr/* – 31 см; *conjugata externa/C.Ext/* – 20 см (*conjugata vera= conjugata externa-9см =20см-9см=11см*).

*Ромб Михаэлиса:* вертикальный – 11 см, горизонтальный – 10 см.

*Размер Франка*– 11 см. *Индекс Соловьева* (окружность лучезапястного сустава) - 16 см.

*Высота стояния дна матки над лоном (ВДМ)* – 35 см, *окружность живота (ОЖ)* – 90 см.

*Предполагаемая масса плода (ПМП) по формуле Жорданиа* 3150 г.

#### **Приемы наружного акушерского исследования.**

Наружный прием акушерского исследования Леопольда-Левицкого.

ПЕРВЫЙ ПРИЕМ- В дне матки мягковатая часть – тазовый конец .

ВТОРОЙ ПРИЕМ - Спинки плодов пальпируется слева, мягкие части плода справа, Положение плода продольное. Первая позиция, передний вид

ТРЕТИЙ ПРИЕМ – Головное предлежание.

ЧЕТВЕРТЫЙ ПРИЕМ Предлежит головка плода, над входом в малый таз. Симптом баллотирования положительный.

*Живот* овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, соответствует 34 неделям. *Матка* в тонусе. Сердцебиение плода – не выслушивается

#### **Влагалищное исследование не проведено**

**Данные УЗИ:** в полости матки имеется один плод, в головном предлежании. Сердцебиение не определяется. *Фетометрия* – размеры плода соответствуют 34 нед. ПМП – 2100 ± 150 гр. плацента расположена по передней стенке, на 10 см выше внутреннего зева. Толщина плаценты: 36 мм, структуры плаценты в норме, 3 степень зрелости. ИАЖ – 18. Пуповины имеют 3 сосуда. *Шейка матки, стенки матки* – без особенностей. Допплерометрия: кровоток не определяется. *Заключение:* Беременность 38 недель. Головное предлежание. ЗРП-2-3 степени. Антенатальная гибель плода

**Общий анализ мочи cito:** белок – 5г/л

**Клин анализ крови cito** – гемоглобин 133г/л; гематокрит 70%; тромбоциты 150

**Фибриноген** – 8,0г/л.

**Биохим анализ крови:** альбумин 70г/л; креатинин – 90мкмоль/л; ферменты в норме

**Диагноз и его обоснование.** Беременность 38 недель. Головное предлежание. Эклампсия. Антенатальная гибель плода. ЗРП-2-3 степени

**Заключение:** показано перевод в ПИТ.

**План родов.** Закисно-кислородный наркоз. Магнезиальная терапия Антигипертензивная терапия. Инфузионная терапия, седативная терапия. После стабилизации состояния пациентки в течение 2-4 часов, родоразрешить путем операции кесарево сечения. Эндотрахеальный наркоз.

**Назначения:** Лабораторные методы исследования – клинический анализ крови, определение группы крови и резус-фактора; исследования на ВИЧ, гепатиты В, С, сифилис; мазок на флору, биохимический анализ крови, коагулограмма. общий анализ мочи, суточная потеря белка.

**Вопрос 11. Напишите протокол осмотра в приемном отделении родильного дома роженицы с доношенной беременностью, поступающей в первом периоде родов. При акушерском обследовании выявлено: открытие маточного зева 6,0 см, плодный пузырь отсутствует, чистоягодичное предлежание плода, первая позиция передний вид. Состояние плода удовлетворительное.**

Обратилась самотеком в приемное отделение роддома с жалобами на регулярные схваткообразные боли внизу живота, схватки по 25-30 сек, через 3-4 минут умеренной силы и болезненности.

**Анамнез жизни.** Аллергологический анамнез: не отягощен. Наследственность: не отягощена. Эпидемиологический анамнез: не отягощен, контакты с инфекционными больными за последние 21 день отрицает. Перенесенные заболевания: нет. Гепатиты В, С, туберкулез, венерические заболевания – отрицает. Операции, травмы, гемотрансфузия, гормонотерапия: отрицает. Вредные привычки – отрицает. Соматические заболевания: нет

**Акушерско-гинекологический анамнез.** Менструальная функция: с 13 лет, по 3-5 дней, через 28-30 дней, регулярные, умеренные, умеренно болезненные. Половая жизнь: с 17 лет. Контрацепция – отрицает. Гинекологический анамнез: гинекологические заболевания - отрицает. Акушерский анамнез: данная беременность 1, роды предстоят 1. I беременность – настоящая, самопроизвольная.

**Течение настоящей беременности.** Состоит на учёте в женской консультации с 8 недели. I триместр – без осложнений. II триместр – без осложнений. III триместр – ОРВИ, без температуры. За время беременности повышение цифр АД отрицает. Общая прибавка в весе + 13 кг.

**Объективное исследование. Общий осмотр.** Общее состояние – удовлетворительное. Сознание – ясное. Рост – 174 см, вес – 95 кг, ИМТ (вес/рост<sup>2</sup>)=31, температура – 36,6°С. Зрение ясное, головной боли нет, Кожный покровы и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Молочные железы мягкие, отделяемого из сосков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс – 78 уд. в мин, удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт.ст. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание свободное, неучащённое, безболезненное. Варикозного расширения вен нижних конечностей нет. Отёков - нет. Дизурических явлений нет, стул был.

**Акушерский статус.** Размеры таза: *distantia spinarum/D.Sp/* – 25 см; *distantia cristarum/D.Cr/* – 28 см; *distantia trochanterica/D.Tr/* – 31 см; *conjugata externa/C.Ext/* – 20 см (*conjugata vera = conjugata externa - 9см = 20см - 9см = 11см*).

*Ромб Михаэлиса:* вертикальный – 11 см, горизонтальный – 10 см.

*Размер Франка* – 11 см. *Индекс Соловьева* (окружность лучезапястного сустава) - 16 см.

*Высота стояния дна матки над лоном (ВДМ)* – 40 см, *окружность живота (ОЖ)* – 100 см.

*Предполагаемая масса плода (ПМП) по формуле Жордания* 4000 г.

#### **Приемы наружного акушерского исследования.**

Наружный прием акушерского исследования Леопольда-Левицкого.

ПЕРВЫЙ ПРИЕМ - В дне матки определяется круглая, плотная головка.

ВТОРОЙ ПРИЕМ - Спинка плода пальпируется слева, а мелкие части справа, Положение плода продольное, первая позиция, передний вид.

ТРЕТИЙ ПРИЕМ – Тазовое предлежание.

ЧЕТВЕРТЫЙ ПРИЕМ – Предлежат ягодицы плода, прижаты ко входу в малый таз. Симптом баллотирования отрицательный.

*Живот* овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, соответствует доношенному сроку беременности. *Матка* в нормальном тоне, полностью расслабляется между схватками.

*Сердцебиение плода* – ясное, ритмичное, 140 уд/мин, выслушивается выше пупка, слева. Шевеление плода ощущает хорошо.

**С целью оценки акушерской ситуации проведено влагалищное исследование. Данные осмотра наружных половых органов:** наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, вход во влагалище и промежность без особенностей.

**Осмотр шейки матки при помощи зеркал (per speculum):** слизистая влагалища и шейки матки чистая, не эрозирована, без воспалительных явлений.

**Влагалищное исследование (per vaginum):** влагалище средней емкости, нерожавшей. Шейка матки сглажена, края мягкие, тонкие, раскрытие 6 см. Предлежат ягодичцы плода, прижаты ко входу в малый таз. Межвертельная линия в левом косом размере. Крестец с копчиком слева у лона. Мыс не достижим. Экзостозов нет. Выделения светлые околоплодные воды.

**Данные УЗИ:** в полости матки имеется плод, в чисто-ягодичном предлежании. Сердцебиение плода определяется, ясное, ритмичное, 142 уд/мин. *Фетометрия* – размеры плода соответствует 39 нед. ПМП – 3300 ± 150 гр. *Анатомия плодов* – видимые пороки развития не обнаружены. *Плацента, пуповина, околоплодные воды:* плацента расположена по передней стенке, на 10 см выше внутреннего зева. Толщина плаценты: 38 мм, структуры плаценты в норме, 3 степень зрелости. ИАЖ – 20. Пуповины имеют 3 сосуда. *Шейка матки, стенки матки* – без особенностей. *Допплерометрия:* показатели кровотока в норме. **Заключение:** Беременность 39 недель. Чисто-ягодичное предлежание. Показатели кровотока в норме.

**КТГ** плода - ЧСС – 140 ударов в мин. Состояние плода удовлетворительное.

**Диагноз и его обоснование.** Беременность 39 недели. Чисто-ягодичное предлежание. Первая позиция, передний вид. Первый период родов. Раннее излитие околоплодных вод

Диагноз поставлен на основании жалоб, данных объективных методов обследования, характер предлежания установлен с помощью приемов Леопольда, данных УЗИ.

**Заключение:** показано перевод в родильное отделение для родоразрешения.

**План ведения.** Роды продолжить вести через естественные родовые пути, с применением пособия по Цовьянову и Марисо Левре Лашапель, под контролем АД и КТГ плода. С применением адекватного обезболивания. Проводить профилактику спазма шейки матки и кровотечений в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.

**Назначения:** Лабораторные методы исследования – клинический анализ крови, определение группы крови и резус-фактора; исследования на ВИЧ, гепатиты В, С, сифилис; биохимический анализ крови, коагулограмма. мазок на флору, общий анализ мочи.

**Вопрос 12. Напишите протокол осмотра в приемном отделении родильного дома роженицы с доношенной беременностью, поступающей в первом периоде родов. При акушерском обследовании выявлено: роды 3, положение плода поперечное открытие маточного зева 4,0 см, плодный пузырь цел. Состояние плода удовлетворительное.**

Обратилась самотеком в приемное отделение роддома с жалобами на регулярные схваткообразные боли внизу живота, схватки по 25-30 сек, через 3-4 минут умеренной силы и болезненности.

**Анамнез жизни.** *Аллергологический анамнез:* неотягощен. *Наследственность:* неотягощена. *Эпидемиологический анамнез:* неотягощен, контакты с инфекционными больными за последние 21 день отрицает. *Перенесенные заболевания:* нет. Гепатиты В, С, туберкулез, венерические заболевания – отрицает. *Операции, травмы, гемотранфузия, гормонотерапия:* отрицает. *Вредные привычки* – отрицает. *Соматические заболевания:* нет

**Акушерско-гинекологический анамнез.** *Менструальная функция:* с 13 лет, по 3-5 дней, через 28-30 дней, регулярные, умеренные, умеренно болезненные. *Половая жизнь:* с 17 лет. Контрацепция – отрицает. *Гинекологический анамнез:* гинекологические заболевания - отрицает. *Акушерский анамнез:* данная беременность 3, роды предстоят 3. I беременность – своевременные роды мальчик 4000, 53 см б/о; II – своевременные роды девочка 3900гр, 54см б/о; III-настоящая, самопроизвольная.

**Течение настоящей беременности.** Состоит на учёте в женской консультации с 8 недели. *I триместр* – без осложнений. *II триместр* – без осложнений. *III триместр* – ОРВИ, без температуры. За время беременности повышение цифр АД отрицает. Общая прибавка в весе + 15 кг.

**Объективное исследование. Общий осмотр.** Общее состояние – удовлетворительное. Сознание – ясное. Рост – 174 см, вес – 70 кг, ИМТ (вес/рост<sup>2</sup>)=23, температура – 36,6°C. Зрение ясное, головной боли нет, Кожный покровы и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Молочные железы мягкие, отделяемого из сосков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс – 78 уд. в мин, удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт.ст. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание свободное, безболезненное. Варикозного расширения вен нижних конечностей нет. Отеков - нет. Дизурических явлений нет, стул был.

**Акушерский статус.** Размеры таза: *distantia spinarum/D.Sp/* – 25 см; *distantia cristarum/D.Cr/* – 28 см; *distantia trochanterica/D.Tr/* – 31 см; *conjugata externa/C.Ext/* – 20 см (*conjugata vera = conjugata externa - 9 см = 20 см - 9 см = 11 см*).

*Ромб Михаэлиса:* вертикальный – 11 см, горизонтальный – 10 см.

*Размер Франка* – 11 см. *Индекс Соловьева* (окружность лучезапястного сустава) - 16 см.

*Высота стояния дна матки над лоном (ВДМ)* – 35 см, *окружность живота (ОЖ)* – 100 см.

*Предполагаемая масса плода (ПМП) по формуле Жордания* 3500 гр.

#### **Приемы наружного акушерского исследования.**

Наружный прием акушерского исследования Леопольда-Левитского.

**ПЕРВЫЙ ПРИЕМ** - низкое стояние дна матки. Крупные части определяются по бокам матки, выше линии соединяющей гребни подвздошных костей.

**ВТОРОЙ ПРИЕМ** – крупная, плотная головка плода пальпируется слева, мягковатая часть справа (тазовый конец), спинка плода спереди. Положение плода поперечное. Позиция (головка слева), передний вид

**ТРЕТИЙ ПРИЕМ** – Предлежащая часть не определяется

**ЧЕТВЕРТЫЙ ПРИЕМ** – Предлежащая часть не определяется

*Живот* поперечно овальной формы, увеличен за счет беременной матки, соответствует доношенному сроку беременности. *Матка* в нормальном тоне, полностью расслабляется между схватками.

Сердцебиение плода – ясное, ритмичное, 140 уд/мин, выслушивается на уровне пупка. Шевеление плода ощущает хорошо.

**С целью оценки акушерской ситуации проведено влагалищное исследование. Данные осмотра наружных половых органов:** наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, вход во влагалище и промежность без особенностей.

**Осмотр шейки матки при помощи зеркал (per speculum):** слизистая влагалища и шейки матки чистая, не эрозирована, без воспалительных явлений.

**Влагалищное исследование (per vaginam):** влагалище средней емкости, рожавшей. Шейка матки сглажена, края мягкие, тонкие, раскрытие 4 см. Предлежащая часть не определяется. Плодные оболочки целы. Мыс не достижим. Экзостозов нет. Выделения светлые слизистые.

**Данные УЗИ:** в полости матки имеется один плод, в поперечном положении, головка слева, тазовый конец справа. Сердцебиение плода определяется, ясное, ритмичное, 142 уд/мин. *Фетометрия* – размеры плода соответствует 39 нед. ПМП – 3300 ± 150 гр. *Анатомия плодов* – видимые пороки развития не обнаружены. *Плацента, пуповина, околоплодные воды:* плацента расположена по передней стенке, на 10 см выше внутреннего зева. Толщина плаценты: 39 мм, структуры плаценты в норме, 3 степень зрелости. ИАЖ – 20. Пуповины имеют 3 сосуда. *Шейка матки, стенки матки* – без особенностей. *Допплерометрия:* показатели кровотока в норме. *Заключение:* Беременность 39 недель. Поперечное положение плода. Показатели кровотока в норме.

**КТГ** плода - ЧСС – 140 ударов в мин. Состояние плода удовлетворительное.

**Диагноз и его обоснование.** Беременность 39 недель. Поперечное положение плода. Первая позиция, передний вид. Первый период родов.

Диагноз поставлен на основании жалоб, данных объективных методов обследования, характер предлежания установлен с помощью приемов Леопольда, данных УЗИ.

**Заключение:** показано перевод в родильное отделение для родоразрешения.

**План ведения.** Учитывая поперечное положение плода, первый период родов, родоразрешить путем операции кесарева сечения в экстренном порядке.

**Назначения:** Лабораторные методы исследования – клинический анализ крови, определение группы крови и резус-фактора; исследования на ВИЧ, гепатиты В, С, сифилис; биохимический анализ крови, коагулограмма, мазок на флору, общий анализ мочи.

**Вопрос 13. Напишите протокол осмотра в приемном отделении родильного дома роженицы с недоношенной беременностью в сроке 31 недель, поступающей в первом периоде родов. При акушерском обследовании выявлено: роды 3, положение плода поперечное открытое маточного зева 4,0 см, плодный пузырь нет, в цервикальном канале определяется ручка плода. Сердцебиение плода не определяется.**

23:00 Обратилась самотеком в приемное отделение роддома с жалобами на регулярные схваткообразные боли внизу живота, схватки по 25-30 сек, через 3-4 минут умеренной силы и болезненности с 20:00, жидкие выделения из половых путей с 19:00. Отсутствие шевеления плода, чувство дискомфорта во влагалище

**Анамнез жизни.** *Аллергологический анамнез:* неотягощен. *Наследственность:* неотягощена. *Эпидемиологический анамнез:* неотягощен, контакты с инфекционными больными за последние 21 день отрицает. *Перенесенные заболевания:* нет. Гепатиты В, С, туберкулез, венерические заболевания – отрицает. *Операции, травмы, гемотрансфузия, гормонотерапия:* отрицает. *Вредные привычки*– отрицает. *Соматические заболевания:* нет

**Акушерско-гинекологический анамнез.** *Менструальная функция:* с 13 лет, по 3-5 дней, через 28-30 дней, регулярные, умеренные, умеренно болезненные. *Половая жизнь:* с 17 лет. Контрацепция – отрицает. *Гинекологический анамнез:* гинекологические заболевания - отрицает. *Акушерский анамнез:* данная беременность 3, роды предстоят 3. I беременность – своевременные роды мальчик 4000, 53 см б/о; II –своевременные роды девочка 3900гр, 54см б/о; III-настоящая, самопроизвольная.

**Течение настоящей беременности.** Не состоит на учете в ж/к. *I триместр* – без осложнений. *II триместр* – без осложнений. *III триместр* – ОРВИ, без температуры. За время беременности повышение цифр АД отрицает. Общая прибавка в весе + 15 кг.

**Объективное исследование.** *Общий осмотр.* Общее состояние – удовлетворительное. Сознание – ясное. Рост – 174 см, вес – 70 кг, ИМТ (вес/рост<sup>2</sup>)=23, температура – 36,6°С. Зрение ясное, головной боли нет, Кожный покровы и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Молочные железы мягкие, отделяемого из сосков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс – 78 уд. в мин, удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт.ст. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание свободное, безболезненное. Варикозного расширения вен нижних конечностей нет. Отеков - нет. Дизурических явлений нет, стул был.

**Акушерский статус.** Размеры таза: *distantia spinarum/D.Sp/* – 25 см; *distantia cristarum/D.Cr/* – 28 см; *distantia trochanterica/D.Tr/* – 31 см; *conjugata externa/C.Ext/* –20 см (*conjugata vera= conjugata externa-9см =20см-9см=11см*).

*Ромб Михаэлиса*: вертикальный – 11 см, горизонтальный – 10 см.

*Размер Франка* – 11 см. *Индекс Соловьева* (окружность лучезапястного сустава) – 16 см.

*Высота стояния дна матки над лоном (ВДМ)* – 35 см, *окружность живота (ОЖ)* – 100 см.

*Предполагаемая масса плода (ПМП) по формуле Жордания* 3500 гр.

### **Приемы наружного акушерского исследования.**

Наружный прием акушерского исследования Леопольда-Левицкого.

**ПЕРВЫЙ ПРИЕМ** - низкое стояние дна матки. Крупные части пальпируются в боковых отделах матки, выше линии соединяющей гребни подвздошных костей.

**ВТОРОЙ ПРИЕМ** – крупная, плотная головка плода пальпируется слева, мягковатая часть справа (тазовый конец), спинка плода спереди. Положение плода поперечное. Позиция (головка слева), передний вид

**ТРЕТИЙ ПРИЕМ** – Предлежащая часть не определяется

**ЧЕТВЕРТЫЙ ПРИЕМ** – Предлежащая часть не определяется

*Живот* поперечно овальной формы, увеличен за счет беременной матки, соответствует доношенному сроку беременности. *Матка* в нормальном тоне, полностью расслабляется между схватками.

Сердцебиение плода – не выслушивается. Шевеление плода не ощущает.

**С целью оценки акушерской ситуации проведено влагалищное исследование. Данные осмотра наружных половых органов:** наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, вход во влагалище и промежность без особенностей.

**Осмотр шейки матки при помощи зеркал (per speculum):** слизистая влагалища и шейки матки чистая, не эрозирована, без воспалительных явлений.

**Влагалищное исследование (per vaginam):** влагалище средней емкости, рожавшей. Шейка матки сглажена, края мягкие, тонкие, раскрытие 4 см. Плодных оболочек нет. Во влагалище определяется правая ручка плода, петли пуповины, пульсация не определяется. Мыс не достижим. Экзостозов нет. Выделения светлые околоплодные воды.

**Данные УЗИ:** в полости матки имеется один плод, в поперечном положении, головка слева, тазовый конец справа. Сердцебиение плода не определяется. *Фетометрия* – размеры плода соответствует 39 нед. ПМП – 3300 ± 150 гр. *Анатомия плодов* – видимые пороки развития не обнаружены. *Плацента, пуповина, околоплодные воды:* плацента расположена по передней стенке, на 10 см выше внутреннего зева. Толщина плаценты: 39 мм, структуры плаценты в норме, 3 степень зрелости. ИАЖ – 10. Пуповины имеют 3 сосуда. *Шейка матки, стенки матки* – без особенностей. Во влагалище правая ручка плода, петли пуповины. *Допплерометрия:* кровоток не определяется. *Заключение:* Беременность 39 недель. Запущенное поперечное положение плода. Интранатальная гибель плода.

**Диагноз и его обоснование.** Беременность 39 недель. Запущенное поперечное положение плода. Первая позиция, передний вид. Первый период родов. Преждевременное излитие околоплодных вод. Интранатальная гибель плода.

Диагноз поставлен на основании жалоб, данных объективных методов обследования, с помощью приемов Леопольда, специального акушерского исследования, данных УЗИ.

**Заключение:** показано перевод в родильное отделение для родоразрешения.

**План ведения.** Учитывая запущенное поперечное положение плода, интранатальную гибель плода, провести эмбриотомию под наркозом. Контрольное ручное обследование стенок полости матки. Антибиотикотерапия, Утеротоническая терапия.

**Назначения:** Лабораторные методы исследования – клинический анализ крови+формула, биохимический анализ крови, коагулограмма, определение группы крови и резус-фактора; исследования на ВИЧ, гепатиты В, С, сифилис; мазок на флору, посев из цервикального канала; общий анализ мочи.

**Вопрос 14. Напишите протокол осмотра в приемном отделении родильного дома роженицы с доношенной беременностью, поступающей в первом периоде родов. При акушерском обследовании выявлено: открытие маточного зева 7,0 см, плодный пузырь нет, лицевое предлежание плода, первая позиция задний вид. Состояние плода удовлетворительное.**

По наряду СМП доставлена в приемное отделение роддома с жалобами на регулярные схваткообразные боли внизу живота, схватки по 25-30 сек, через 3-4 минут умеренной силы и болезненности, жидкие выделения из половых путей.

**Анамнез жизни.** Аллергологический анамнез: неотягощен. Наследственность: неотягощена. Эпидемиологический анамнез: неотягощен, контакты с инфекционными больными за последние 21 день отрицает. Перенесенные заболевания: нет. Гепатиты В, С, туберкулез, венерические заболевания – отрицает. Операции, травмы, гемотрансфузия, гормонотерапия: отрицает. Вредные привычки – отрицает. Соматические заболевания: нет

**Акушерско-гинекологический анамнез.** Менструальная функция: с 13 лет, по 3-5 дней, через 28-30 дней, регулярные, умеренные, умеренно болезненные. Половая жизнь: с 17 лет. Контрацепция – отрицает. Гинекологический анамнез: гинекологические заболевания – отрицает. Акушерский анамнез: данная беременность 1, роды предстоят 1. I беременность – настоящая, самопроизвольная.

**Течение настоящей беременности.** Состоит на учёте в женской консультации с 8 недели. I триместр – без осложнений. II триместр – без осложнений. III триместр – ОРВИ, без температуры. За время беременности повышение цифр АД отрицает. Общая прибавка в весе + 13 кг.

**Объективное исследование. Общий осмотр.** Общее состояние – удовлетворительное. Сознание – ясное. Рост – 174 см, вес – 70 кг, ИМТ (вес/рост<sup>2</sup>)=23, температура – 36,6°C. Зрение ясное, головной боли нет, кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Молочные железы мягкие, отделяемого из сосков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс – 78 уд. в мин, удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт.ст. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание свободное, безболезненное. Варикозного расширения вен нижних конечностей нет. Отеков – нет. Дизурических явлений нет, стул был.

**Акушерский статус.** Размеры таза: *distantia spinarum/D.Sp/* – 25 см; *distantia cristarum/D.Cr/* – 28 см; *distantia trochanterica/D.Tr/* – 31 см; *conjugata externa/C.Ext/* – 20 см (*conjugata vera = conjugata externa - 9 см = 20 см - 9 см = 11 см*).

*Ромб Михаэлиса:* вертикальный – 11 см, горизонтальный – 10 см.

*Размер Франка* – 11 см. *Индекс Соловьева* (окружность лучезапястного сустава) – 16 см.

*Высота стояния дна матки над лоном (ВДМ)* – 37 см, *окружность живота (ОЖ)* – 90 см.

*Предполагаемая масса плода (ПМП) по формуле Жордания* 3300 г.

#### **Приемы наружного акушерского исследования.**

Наружный прием акушерского исследования Леопольда-Левицкого.

ПЕРВЫЙ ПРИЕМ - В дне матки определяется круглая, мягковатая часть-тазовый конец.

ВТОРОЙ ПРИЕМ - Спинка плода пальпируется слева, кзади, мелкие части справа, спереди.

Положение плода продольное. Первая позиция. Задний вид. Определяется углубление между головкой и спинкой плода.

ТРЕТИЙ ПРИЕМ – Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз.

ЧЕТВЕРТЫЙ ПРИЕМ – Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз.

Симптом баллотирования отрицательный.

*Живот* овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, соответствует доношенному сроку беременности. *Матка* в нормальном тоне, полностью расслабляется между схватками.

*Сердцебиение плода* – ясное, ритмичное, 140 уд/мин, выслушивается ниже пупка, справа.

*Шевеление плода* ощущает хорошо.



С целью оценки акушерской ситуации проведено влагалищное исследование. Данные осмотра наружных половых органов: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, вход во влагалище и промежность без особенностей.

**Осмотр шейки матки при помощи зеркал (per speculum):** слизистая влагалища и шейки матки чистая, не эрозирована, без воспалительных явлений.

**Влагалищное исследование (per vaginum):** влагалище средней емкости, нерожавшей. Шейка матки сглажена, края мягкие, тонкие, раскрытие 7 см. Плодного пузыря нет. Определяются лицевые части плода: подбородок, надбровные дуги, нос, рот с твердыми валиками десен. Лицевая линия в левом косом размере. Подбородок определяется справа у лона. Мыс не достижим. Экзостозов нет. Выделения светлые околоплодные воды.

**Данные УЗИ:** в полости матки имеется один плод, в лицевом предлежании. Сердцебиение плода определяется, ясное, ритмичное, 142 уд/мин. *Фетометрия* – размеры плода соответствует 39 нед. ПМП –  $3300 \pm 150$  гр. *Анатомия плодов* – видимые пороки развития не обнаружены. *Плацента, пуповина, околоплодные воды:* плацента расположена по передней стенке, на 10 см выше внутреннего зева. Толщина плаценты: 39 мм, структуры плаценты в норме, 3 степень зрелости. ИАЖ – 20. Пуповины имеют 3 сосуда. *Шейка матки, стенки матки* – без особенностей. *Допплерометрия:* показатели кровотока в норме. **Заключение:** Беременность 39 недель. Лицевое предлежание. Показатели кровотока в норме.

**КТГ** плода - ЧСС – 140 ударов в мин. Состояние плода удовлетворительное.

**Диагноз и его обоснование.** Беременность 39 недели. Лицевое предлежание. Первая позиция, задний вид. Первый период родов.

Диагноз поставлен на основании жалоб, данных объективных методов обследования, характер предлежания установлен с помощью приемов Леопольда, влагалищного исследования, данных УЗИ.

**Заключение:** показано перевод в родильное отделение для родоразрешения.

**План ведения.** Роды продолжить вести через естественные родовые пути, под контролем АД и КТГ плода. Проводить профилактику кровотечений в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.

**Назначения:** Лабораторные методы исследования – клинический анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма. определение группы крови и резус-фактора; исследования на ВИЧ, гепатиты В, С, сифилис; мазок на флору, общий анализ мочи.

**Вопрос 15. Напишите протокол осмотра в приемном отделении родильного дома роженицы с доношенной беременностью, поступающей во втором периоде родов с кровотечением в объёме 100мл. При акушерском обследовании выявлено: открытие маточного полное, плодный пузырь цел, низкая плацентация, краевая отслойка низкорасположенной плаценты, затылочное вставление плода, первая позиция передний вид. Состояние плода удовлетворительное.**

По наряду СМП доставлена в приемное отделение роддома с жалобами на регулярные схваткообразные боли внизу живота, схватки по 30-35 сек, через 2-3 минут умеренной силы и болезненности, кровяные выделения объемом 100мл.

**Анамнез жизни.** *Аллергологический анамнез:* не отягощен. *Наследственность:* не отягощена. *Эпидемиологический анамнез:* не отягощен, контакты с инфекционными больными за последние 21 день отрицает. *Перенесенные заболевания:* нет. Гепатиты В, С, туберкулез, венерические заболевания – отрицает. *Операции, травмы, гемотрансфузия, гормонотерапия:* отрицает. *Вредные привычки*– отрицает. *Соматические заболевания:* нет

**Акушерско-гинекологический анамнез.** *Менструальная функция:* с 13 лет, по 3-5 дней, через 28-30 дней, регулярные, умеренные, умеренно болезненные. *Половая жизнь:* с 17 лет. Контрацепция –

отрицает. *Гинекологический анамнез*: гинекологические заболевания - отрицает. *Акушерский анамнез*: данная беременность 1, роды предстоят 1. I беременность – настоящая, самопроизвольная.

**Течение настоящей беременности.** Состоит на учёте в женской консультации с 8 недели. *I триместр* – без осложнений. *II триместр* – без осложнений. *III триместр* – ОРВИ, без температуры. За время беременности повышение цифр АД отрицает. Общая прибавка в весе + 13 кг.

**Объективное исследование. Общий осмотр.** Общее состояние – удовлетворительное. Сознание – ясное. Рост – 174 см, вес – 70 кг, ИМТ (вес/рост<sup>2</sup>)=23, температура – 36,6°C. Зрение ясное, головной боли нет, Кожный покровы и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Молочные железы мягкие, отделяемого из сосков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс – 78 уд. в мин, удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт.ст. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание свободное, безболезненное. Варикозного расширения вен нижних конечностей нет. Отеков - нет. Дизурических явлений нет, стул был.

**Акушерский статус.** Размеры таза: *distantia spinarum/D.Sp/* – 25 см; *distantia cristarum/D.Cr/* – 28 см; *distantia trochanterica/D.Tr/* – 31 см; *conjugata externa/C.Ext/* – 20 см (*conjugata vera = conjugata externa - 9 см = 20 см - 9 см = 11 см*).

*Ромб Михаэлиса*: вертикальный – 11 см, горизонтальный – 10 см.

*Размер Франка* – 11 см. *Индекс Соловьева* (окружность лучезапястного сустава) - 16 см.

*Высота стояния дна матки над лоном (ВДМ)* – 37 см, *окружность живота (ОЖ)* – 90 см.

*Предполагаемая масса плода (ПМП) по формуле Жордания* 3300 г.

#### **Приемы наружного акушерского исследования.**

Наружный прием акушерского исследования Леопольда-Левитского.

ПЕРВЫЙ ПРИЕМ - В дне матки определяется круглая, мягковатая часть-тазовый конец.

ВТОРОЙ ПРИЕМ - Спинка плода пальпируется слева, спереди. мелкие части справа, сзади.

Положение плода продольное. Первая позиция. передний вид.

ТРЕТИЙ ПРИЕМ – Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз.

ЧЕТВЕРТЫЙ ПРИЕМ – Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Симптом баллотирования отрицательный.

*Живот* овоидной формы, увеличен за счет беременной матки, соответствует доношенному сроку беременности. *Матка* в нормальном тоне, полностью расслабляется между схватками.

*Сердцебиение плода* – ясное, ритмичное, 140 уд/мин, выслушивается ниже пупка, слева. Шевеление плода ощущает хорошо.

**С целью оценки акушерской ситуации проведено влагалищное исследование. Данные осмотра наружных половых органов:** наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, вход во влагалище и промежность без особенностей.

**Осмотр шейки матки при помощи зеркал (per speculum):** слизистая влагалища и шейки матки чистая, не эрозирована, без воспалительных явлений.

**Влагалищное исследование (per vaginum):** влагалище средней емкости, нерожавшей. Шейка матки сглажена, открытие полное (10см). Плодный пузырь целый. Через оболочки стреловидный шов правом косом размере. Малый родничок слева спереди, ниже большого. Мыс не достижим. Экзостозов нет. Выделения скудные, кровяные.

**Данные УЗИ:** в полости матки имеется один плод в головном предлежании. Сердцебиение плода определяется, ясное, ритмичное, 142 уд/мин. *Фетометрия* – размеры плода соответствует 39 нед. ПМП – 3300 ± 150 гр. *Анатомия плодов* – видимые пороки развития не обнаружены. *Плацента, пуповина, околоплодные воды:* плацента расположена по передней стенке, край плаценты на 2 см выше внутреннего зева. Толщина плаценты: 39 мм, структуры плаценты в норме, 3 степень зрелости. ИАЖ – 20. Пуповины имеют 3 сосуда. *Шейка матки, стенки матки* – без особенностей.

*Допплерометрия:* показатели кровотока в норме. **Заключение:** Беременность 39 недель. Головное предлежание. Низкая плацентация. Показатели кровотока в норме.

**КТГ** плода - ЧСС – 140 ударов в мин. Состояние плода удовлетворительное.

**Диагноз и его обоснование.** Беременность 39 недели. Головное предлежание. Первая позиция, передний вид. Второй период родов. Низкая плацентация, краевая отслойка низкорасположенной плаценты

Диагноз поставлен на основании жалоб, данных объективных методов обследования, с помощью приемов Леопольда, влагалищного исследования, данных УЗИ.

**Заключение:** показано перевод в родильное отделение для родоразрешения.

**План ведения.** Роды продолжить вести через естественные родовые пути, провести амниотомию, под контролем АД и КТГ плода. Проводить профилактику кровотечений в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.

**Назначения:** Лабораторные методы исследования – клинический анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма. определение группы крови и резус-фактора; исследования на ВИЧ, гепатиты В, С, сифилис; мазок на флору, общий анализ мочи.

## **16. Напишите протокол операции «Лапаротомия по Джоэл-Кохану, кесарево сечение по Штарку».**

**Операция:** лапаротомия по Джоэл-Кохену. Кесарево сечение по Штарку.

**Обезболивание:** спинальная анестезия.

**Произведена антибиотикопрофилактика:** после извлечения плода в/в однократно введены цефалоспорины 2-го поколения в дозе 1,0 г

**Ход операции:** в асептических условиях поверхностным прямолинейным поперечным разрезом на 2,5-3 см ниже линии, соединяющей передневерхние ости подвздошных костей послойно вскрыта брюшная полость, произведен гемостаз. В рану предлежит матка, увеличенная соответственно доношенной беременности. Рассечена пузырно-маточная складка. Матка рассечена поперечным разрезом до крайних точек периферии головки. Вскрыт плодный пузырь, излилось 300мл, светлых околоплодных вод. В рану предлежит головка. Выведена головка плода. За подмышечные впадины, без затруднения извлечена живая девочка массой 3440 г, длиной 50 см, в удовлетворительном состоянии. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Пережата и пересечена пуповина. Рукой удалена плацента. Матка выведена из брюшной полости, проведен массаж матки, ревизия полости матки. Ребенок передан акушерке. Плацента цела, оболочки все. Канал шейки матки проходим, смена перчатки. Рана на матке ушита однорядным обвивным непрерывным викриловым швом по Ривердену. Придатки матки без особенностей. Туалет брюшной полости. *Рапорт операционной сестры:* материал и инструменты в наличии. На апоневроз непрерывный викриловый швом по Ривердену. На кожу отдельные шелковые швы - 4 шва. Асептическая повязка. Моча выведена по катетеру в количестве 100 мл, светлая. Общая кровопотеря: 500 мл. Интраоперационно после извлечения плода в/в капельно введен Окситоцин 10 МЕ.

## **Вопрос 17. Напишите протокол операции «Лапаротомия по Пфаненштилю, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте».**

**Операция:** лапаротомия по Пфаненштилю. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте поперечным разрезом.

**Обезболивание:** Спинальная анестезия.

**Произведена антибиотикопрофилактика:** после извлечения плода в/в однократно введены цефалоспорины 2-го поколения в дозе 1,0 г

**Ход операции:** в асептических условиях на 2-3 см выше верхнего края симфиза поперечным дугообразным разрезом длиной 15 см послойно вскрыта брюшная полость, произведен гемостаз. В рану предлежит матка, увеличенная соответственно доношенной беременности. Салфетками отграничена брюшная полость. Ножницами посередине вскрыта пузырно-маточная складка (на 2 см выше прикрепления к пузырю), рассечена в поперечном направлении до круглых связок матки.

Тупым путем верхушка мочевого пузыря отсепарована книзу. Матка рассечена поперечным разрезом в нижнем сегменте и рана тупым путем пальцами расширена в стороны до 12см. Вскрыт плодный пузырь, излилось 300мл, светлых околоплодных вод. В рану предлежит головка. Выведена головка плода, за подмышечные впадины, без затруднения извлечена живая девочка массой 3440 г, длиной 50 см в удовлетворительном состоянии. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Пережата и пересечена пуповина. Ребенок передан акушерке. На углы разреза наложены зажимы Микулича. Послед удален рукой, произведено обследование полости матки. Плацента цела, оболочки все. Канал шейки матки проходим, смена перчатки. Рана на матке ушита однорядным обвивным непрерывным викриловым швом. Перитонизация пузырьно-маточной складки непрерывным викриловым швом. Придатки матки без особенностей. Туалет брюшной полости. *Рапорт операционной сестры:* материал и инструменты в наличии. Брюшная стенка восстановлена послойно: на брюшину наложен непрерывный викриловый шов с переходом на мышцы; на апоневроз непрерывный викриловый шов по Ривердену; отдельные викриловые швы на подкожную клетчатку, 3 шва; на кожу косметический шов. Асептическая повязка. Моча выведена по катетеру в количестве 100 мл, светлая. Общая кровопотеря: 700 мл. Интраоперационно после извлечения плода в/в капельно введен Окситоцин 5 МЕ.

**Вопросы 18. Напишите протокол операции «Нижнесрединная лапаротомия, корпоральное кесарево сечение».**

**Операция:** Нижнесрединная лапаротомия. Корпоральное кесарево сечение.

**Обезболивание:** Спинальная анестезия.

**Произведена антибиотикопрофилактика:** после извлечения плода в/в однократно введен цефалоспорины 2-го поколения в дозе 1,0 г

**Ход операции:** в асептических условиях по средней линии живота от пупка до лона произведен разрез, послойно вскрыта брюшная полость, произведен гемостаз. В рану предлежит матка, увеличенная соответственно доношенной беременности. Салфетками отграничена брюшная полость. Произведен разрез матки по средней линии от верхнего края пузырьно-маточной складки до дна матки, длиной 15см, верхний и нижний края раны рассечены ножницами. Вскрыт плодный пузырь, излилось 300мл, светлых околоплодных вод. За головку извлечена живая девочка массой 3440 г, длиной 50 см в удовлетворительном состоянии. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Пережата и пересечена пуповина. Ребенок передан акушерке. На углы разреза наложены зажимы Микулича. Послед удален рукой, произведено обследование полости матки. Плацента цела, оболочки все. Канал шейки матки проходим, смена перчатки. На верхний и нижний угол раны, отступя по 1см, наложены отдельные викриловые швы. Рана на матке ушита двухрядным обвивным непрерывным викриловым швом. Перитонизация серозной оболочки матки непрерывным викриловым швом. Придатки матки без особенностей. Туалет брюшной полости. *Рапорт операционной сестры:* материал и инструменты в наличии. Брюшная стенка восстановлена послойно: на брюшину наложен непрерывный викриловый шов с переходом на мышцы; на апоневроз непрерывный викриловый шов по Ривердену; отдельные викриловые швы на подкожную клетчатку, 3 шва; на кожу отдельные шелковые швы. Асептическая повязка. Моча выведена по катетеру в количестве 100 мл, светлая. Общая кровопотеря: 700 мл. Интраоперационно после извлечения плода в/в капельно введен Окситоцин 5 МЕ.

**Вопрос 19. Напишите протокол операции вакуумэкстракции плода (ВЭП). Указать показания для проведения операции и условия для ее выполнения. Головка плода находится в плоскости выхода.**

**ОПЕРАЦИЯ:** Вакуум-экстракция плода аппаратом KIWI.

**Показания: Со стороны плода:** 1. Выявление признаков внутриутробного страдания плода или нарастание их тяжести. 2. Острая гипоксия плода при его головке, находящейся в выходе малого таза.

**Со стороны роженицы:** 1. Затяжное течение 2-го периода родов (без использования ЭА более 2 часов у первородящих и 1 часа у повторнородящих, с увеличением продолжительности на 1 час при использовании ЭА). 2. Запланированное укорочение 2-го периода родов при наличии

экстрагенитальной патологии, когда длительные и сильные потуги противопоказаны. 3. При асинклитическом вставлении головки плода, препятствующем нормальному течению родов. 4. Низкое поперечное стояние стреловидного шва. 5. Выведение головки плода при КС.

#### **Условия для проведения операции ВЭП**

1. Письменное информированное согласие пациентки. 2. Живой плод. 3. Затылочное предлежание плода. 4. Отсутствие плодного пузыря. 5. Опорожненный мочевого пузыря. 6. Полное открытие маточного зева. 7. Удобное положение головки плода – минимум в широкой части полости малого таза. 8. Отсутствие несоответствия размеров головки плода и таза матери

**Ход операции:** в асептических условиях на головку плода, находящуюся на тазовом дне, в переднем виде затылочного вставления (малый родничок-кпереди, большой родничок сзади, стреловидный шов в прямом размере), наложена чашечка вакуум-экстрактора KIWI, край чашки на 3см сзади от большого родничка. Центр чашечки располагается в области проводной точки головки плода. Создано отрицательное давление-500-600 мм.рт.ст. После пробной тракции, тракциями средней силы вниз и кпереди головка плода извлечена до теменных бугров. Чашечка вакуум-экстрактора снята и ручными приемами выведена головка плода.

**Вопрос 20. Напишите протокол операции наложения полостных акушерских щипцов. Укажите показания для проведения операции и условия для ее выполнения. Головка плода находится в полости узкой части малого таза, первая позиция передний вид.**

#### **Показания:**

1. преэклампсия тяжелой степени, не поддающаяся консервативной терапии и требующая исключения потуг;
2. упорная вторичная слабость родовой деятельности или слабость потуг, не поддающаяся медикаментозной коррекции, сопровождающаяся длительным стоянием головки в одной плоскости;
3. ПОНРП во втором периоде родов;
4. Наличие у роженицы экстрагенитальных заболеваний, требующих выключения потуг (заболевания сердечно-сосудистой системы, миопия высокой степени и др.;
5. Острая гипоксия плода

#### **Условия:**

1. Живой плод;
2. Полное открытие маточного зева;
3. Отсутствие плодного пузыря;
4. Расположение головки плодане выше узкой части полости малого таза;
5. Соответствие размеров головки плода и таза матери.
6. Эпизиотомия

**ОПЕРАЦИЯ:** Наложение полостных акушерских щипцов, первая позиция, передний вид

**Обезболивание:** в/в наркоз.

**Ход операции:** в асептических условиях, после обработки рук хирурга введена левая ложка, введена правая ложка, щипцы наложены в поперечном размере. Ложки щипцов замкнуты. Стреловидный шов находится в прямом размере, ведущая точка головки (малый родничок) обращена к замку. Пробная тракция-головка следует за щипцами. Направление тракций – книзу (на себя) и кпереди (вверх), за две тракции из половой щели выведены теменные бугры, темя и лоб. При прорезывании головки произведена эпизиотомия. Раскрыт замок, выведена правая ложка, выведена левая ложка. Плечики и туловище плода рождены без затруднений.

**20. Напишите протокол оказания помощи при гипотоническом кровотечении**

**Пример:**

II Роды, преждевременные в 36 недель, через 6 часов от начала родовой деятельности в 16.00 родился живой недоношенный мальчик 2300гр, 46 см, 7/8 б по Апгар.

16:05 началось кровотечение в связи с чем произведено ручное отделение плаценты и выделение последа. Послед отделился частично. Во время проведения операции дополнительно выделилось 500 мл крови. Общая кровопотеря 850 мл.

Кровотечение продолжается в умеренном темпе. С целью остановки гипотонического кровотечения и сохранения матки – проведение временной ЭМА.

Доступ: правая бедренная артерия.

При артериографии таза определяется типичное отхождение устьев маточной артерии. По стандартной методике выполнена двусторонняя временная ЭМА. При контрастной ангиографии таза кровотоки по маточной артерии с обеих сторон не определяются.

После проведения временной ЭМА в течение 3-х часов – кровянистые выделения из половых путей в объеме 100 мл.

Общая кровопотеря 1200 мл.

### **Общая инфузия:**

Первый этап (если кровопотеря превысила 0,5 % от массы тела, в среднем 500–750 мл).

Мероприятия:

1 Дозированный бережный наружный массаж матки по 20–30 с через 1 мин (при массаже следует избегать грубых манипуляций, ведущих к массивному поступлению тромбопластических субстанций в кровотоки матери).

2 Холод на низ живота (прикладывание пузыря со льдом на 30–40 мин с интервалом 20 мин).

3 Катетеризация мочевого пузыря.

4 Внутривенное введение утеротонических средств: 1 мл 0,02%-ного раствора метилэргометрина в 10 мл физиологического раствора, внутривенное капельное введение 5–10 ЕД окситоцина в 500 мл 5%-ного раствора глюкозы или физиологического раствора.

5 Восполнение кровопотери в соответствии с ее объемом и реакцией организма — восполнение ОЦК: соотношение кристаллоидов и коллоидов 1 : 1 (400 мл солевых растворов, 400 мл препаратов гидроксипроксиэтилкрахмала).

6 Мониторинг функции витальных органов.

7 Ручное обследование послеродовой матки (однократно!). Следует выполнять на раннем этапе гипотонического кровотечения, сразу после того, как установлено отсутствие эффекта от применения утеротонических средств. Эффективность ручного исследования послеродовой матки существенно снижается в зависимости от увеличения продолжительности периода гипотонии матки и объема кровопотери.

Второй этап (если кровотечение не остановилось или возобновилось вновь и составляет 1–1,8 % от массы тела (750–1000 мл) или до 20 % ОЦК).

1 В толщу матки вводят 5 мг простагландин, способствующего длительному эффективному сокращению матки.

2 Внутривенно капельно вводят 5 мг простагландин F2a или E2, разведенного в 400 мл кристаллоидного раствора. Следует помнить, что длительное и массивное применение утеротонических средств может ока-

заться малоэффективным при продолжающемся массивном кровотечении, так как гипоксическая матка («шоковая матка») не реагирует на вводимые утеротонические вещества в связи с истощением ее рецепторов.

3 ИТТ проводят в темпе кровотечения и в соответствии с состоянием компенсаторных реакций. Объем переливаемой жидкости должен превышать кровопотерю в 1,5 раза. Соотношение коллоидов и кристаллоидов 1 : 1 (800 мл солевых растворов, 800 мл препаратов гидроксиэтилкрахмала). При кровопотере, приближающейся к 1000 мл, или наличии изменений в коагулограмме начать плазмотрансфузию в объеме 10–15 мл/кг массы тела.

4 На данном этапе борьбы с кровотечением (при кровопотере, приближающейся к 1000 мл) следует развернуть операционную.

5 Все манипуляции проводят под адекватным обезболиванием.

Алгоритм обязательных последовательных мероприятий при гипотонических кровотечениях в послеродовом периоде.

Консервативные методы, кровопотеря до 1000 мл:

1 Наружный массаж матки.

2 Постоянный катетер в мочевого пузырь.

3 Ингаляция кислорода.

4 Температура (согреть больную, согреть растворы).

5 Инфузионная терапия, быстрые инфузаты в  $v = 1 : 1,5$ .

6 Введение утеротонических средств: 5–10 ЕД окситоцина в 400 мл 5%-ного раствора глюкозы или физиологического раствора до 20 ЕД/ч;

1 мл 0,02%-ного раствора метилэргометрина в 10 мл физиологического раствора; 1 мл (5 мг) простагландина F<sub>2a</sub>, E<sub>2</sub> в 400 мл физиологического раствора; Мизопростол

(синтетический аналог простагландина E<sub>1</sub>)

600–1000 мкг ректально.

7 Ручное обследование полости матки однократно.

8 Ревизия мягких родовых путей и ушивание имеющихся разрывов.

9 Бимануальная компрессия матки. Проводится после исключения остатков плацентарной ткани, разрывов матки

Промежуточный этап. Позволяет выиграть время до прибытия квалификационного специалиста. Включает методы временной остановки кровотечения между консервативным и оперативным этапами:

- внутриматочный гемостатический баллон (баллонная тампонада)

(рис. 2);

- сдавление брюшной аорты по Бирюкову.

Третий этап (если кровотечение не остановилось, кровопотеря достигла 1000–1500 мл и продолжается, общее состояние роженицы

ухудшилось, что проявляется в виде стойкой тахикардии, артериальной гипотонии, то необходимо приступить к третьему этапу остановки послеродового гипотонического кровотечения). Особенностью данного этапа является оперативное вмешательство с целью остановки гипотонического кровотечения. Первостепенными мерами являются восполнение кровопотери, устранение гиповолемии и коррекция гемостаза.

Мероприятия:

1 Интубирование трахеи; начинают ИВЛ и приступают к чревосечению под эндотрахеальным наркозом.

2 Проведение адекватной ИТТ. Объем переливаемой жидкости должен превышать кровопотерю в 2 раза:

- эритроцитарная масса 500–1000 мл, соотношение коллоидов и кристаллоидов 2 : 1;

- СЗП в объеме 15–20 мл на кг массы тела.

При кровопотере свыше 2000 мл:

- объем переливаемой жидкости должен превышать кровопотерю в 2,5 раза;
- более 0,5 объема кровопотери должно быть замещено эритроцитарной массой;
- СЗП в объеме 20 мл на кг массы тела;
- криопреципитат (не ждать результатов коагулограммы) на фоне продолжающегося кровотечения 4 единицы для каждых 4 единиц эритроцитарной массы. Обычная доза 15–20 мл/кг, 30 мл/кг необходимо, чтобы увеличить факторы свертывания крови надежно выше 30 %;
- ингибиторы протеаз;
- тромбоциты: необходимый уровень  $> 50 \cdot 10^9$  Начало — 1 взрослая доза (4 единицы тромбоцитов на 4 единицы эритроцитарной массы).

#### **Хирургические методы остановки кровотечения.**

При кровопотере 1000–1500 мл:

- 1 Инъекция в матку динопростона 0,5 мг.
- 2 Ишемизация матки (клемирование и/или легирование маточных и яичниковых артерий)
- 3 Гемостатические компрессионные швы на матку
- 4 При перерастяжении нижнего сегмента накладывают стягивающие швы.
- 5 Ампутация или экстирпация матки.

При кровопотере более 1500 мл последовательность хирургических мероприятий: № 1, № 4, № 3, № 5

#### **Вопрос 21. Напишите протокол операции ручного обследования стенок полости матки. Укажите показания для ее проведения.**

**Показания:** 1. Дефекты плаценты или плодных оболочек. 2. Контроль целостности матки после оперативных вмешательств, длительных родов. 3. Гипотонические и атонические кровотечения.

**ОПЕРАЦИЯ:** Ручное обследование стенок полости

**Обезболивание:** продленная ЭДА или в/в наркоз.

**Ход операции:** В асептических условиях после опорожнения мочевого пузыря левой рукой разводятся половые губы. Во влагалище введена сложенная конусовидно правая рука, левая рука помещена на переднюю брюшную стенку, дно матки. Правая рука введена в полость матки, проведена контрольная проверка стенок матки, плацентарной площадки, маточных углов. Удалены кусочки плацентарной ткани и оболочки. Произведено наружно-внутренний массаж матки на кулаке. Матка сократилась, плотная. Удалена правая рука из полости матки. Кровопотеря во время операции 150мл.

**Назначения:** пузырь со льдом на низ живота. Утеротоническая терапия (Окситоцин). Антибиотики.

#### **Вопрос 22. Напишите протокол операции ручного отделения плаценты и выделения последа. Укажите показания для ее проведения.**

**Показания:** 1. Кровотечение в третьем периоде родов, зависящее от нарушений отделения и выделения последа;

2. Задержка последа в полости матки свыше 30 минут даже в отсутствие кровотечения;
3. Задержка полости матки частей плаценты.

**ОПЕРАЦИЯ:** Ручное отделение плаценты и выделения последа

**Обезболивание:** продленная ЭДА или в/в наркоз.

**Ход операции:** В асептических условиях после опорожнения мочевого пузыря левой рукой разводятся половые губы. Во влагалище введена сложенная конусовидно правая рука, левая рука помещена на дно матки. Правая рука введена в полость матки, следуя по пуповине до места прикрепления пуповины к плаценте, и по плодовой поверхности перемещают до ее края. Достигнув края плаценты, вытянутыми, плотно прилегающими друг к другу пальцами, ладонной поверхностью, обращенной к плаценте, тыльной — к плацентарной площадке, пилообразными



движениями произведено отделение плаценты от плацентарной площадки.левой рукой подтягиванием за пуповину удален послед из матки. Правой рукой, проведена тщательная проверка стенок матки, плацентарную площадку, полностью удалены оставшиеся кусочки плацентарной ткани и оболочки. Произведено наружно-внутренний массаж матки на кулаке. Матка сократилась, плотная. Удалена правая рука из полости матки. Кровопотеря во время операции 150мл.

**Назначения:** пузырь со льдом на низ живота. Утеротоническая терапия (Окситоцин). Антибиотики.

**Вопрос 23. Напишите протокол пособия по Цовьянову при чисто-ягодичном предлежании в сочетании с приемом Морисо-Левре-Лашапель. Положение плода первая позиция передний вид.**

**Цель пособия по Цовьянову при чисто-ягодичном предлежании** - сохранение физиологического членорасположения плода и предупреждение запрокидывания ручек и разгибания головки плода.

**Методика:** по мере рождения туловища плода врач бережно прижимает ножки плода к животу большими пальцами, остальные пальцы рук перемещает вверх по спине, постепенно продвигая руки к половой щели, чем предупреждается выпадение ножек плода, а также запрокидывание ручек за головку. Следует удерживать туловище так, чтобы не образовался задний вид (спинка плода не повернулась кзади). При хорошей родовой деятельности плод быстро рождается до пупочного кольца, а вслед за этим и до нижних углов лопаток. При этом поперечный размер плечиков плода переходит в один из косых размеров, а к моменту рождения плечевого пояса — в прямой размер выхода таза. Ягодицы плода необходимо направлять несколько кзади, чтобы облегчить рождение передней ручки плода из-под лобковой дуги. Для рождения задней ручки плод приподнимают кпереди и из крестцовой впадины рождается задняя ручка.

Далее приступают к рождению головки приемом **Морисо-Левре-Лашапель**.

туловище плода акушер кладет верхом на предплечье руки и II или III палец руки, на которой находится плод, вводит во влагалище по задней его стенке, а затем в ротик плода, надавливая на нижнюю челюсть и сгибая ее; вторую руку располагают на плечиках плода, причем II и III пальцы находятся по сторонам шеи плода. Головку выводят, как отмечалось ранее, соответственно механизму родов. Если она находится во входе в таз, вначале рукой, охватывающей шею и плечи, производят влечение косо кзади и вниз. После того как головка опустилась в полость таза, тракции совершают кзади и вниз. Если головка опустилась настолько, что область подзатылочной ямки подошла под нижний край лобковой дуги, туловище плода приподнимают резко кпереди в сторону живота матери, и из половой щели показывают подбородок, лицо, а затем затылок. Рукой, виллообразно охватившей плечи и производящей влечение, нельзя сдавливать область надключичной ямки, поскольку вследствие прижатия нервного сплетения к I ребру в дальнейшем может развиваться паралич Эрба. Во время освобождения головки ассистент помогает извлечению головки, оказывая на нее давление сверху через брюшную стенку.

**Вопрос 24. Напишите протокол оказания классического ручного пособия при тазовом предлежании в сочетании с приемом Морисо-Левре-Лашапель. Положение плода первая позиция передний вид.**

**Цель классического ручного пособия** – выведение запрокинутых ручек при тазовом предлежании. Если после рождения туловища до нижнего угла лопаток роды не завершаются в течение 2—3 мин, то приступают к ручному пособию, поскольку при этом головка находится в малом тазу и прижимает пуповину.

**Методика:** когда в вульварном кольце показался нижний угол лопаток туловище плода захватывают в прямом размере таза, одно из его плечиков помещают под симфизом, другое — в выемке крестцовой кости. Одной рукой (разноименной "задней" ручке) берут ножки плода в области голеностопных суставов и отводят их вперед и в сторону, противоположную спинке плода, пока ножки не займут положение, параллельное паховому сгибу. Во влагалище по спинке плода, ближе к крестцовой впадине, вводят два пальца (II и III) соответствующей руки, затем по плечу плода продвигают пальцы до локтевого сгиба. Влечение производят за локтевой сгиб (не за плечо, так как возможен перелом) и низводят ручку таким образом, чтобы она совершила "умывательное" движение. При этом из влагалища показывают локоть, а затем предплечье и кисть. Одновременно с выведением "задней" (нижней) ручки "передняя" (верхняя) часто рождается сама. Если этого не произошло, приступают ко второму моменту освобождения плечевого пояса — освобождению

"переднего" плечика и ручки. Вторую ("переднюю") ручку освобождают, предварительно переводя ее в "заднюю". Для этого захватывают двумя руками плод за грудную клетку (не касаться животика!) (4 пальца спереди, 1 палец сзади) и поворачивают его на 180°. Вращение туловища надо совершать таким образом, чтобы спинка (и затылок) прошла под симфизом (поддерживать передний вид). При таком повороте туловища плода следует придерживаться некоторых правил, которые облегчают ход операции. Положив, как указано выше, ладони обе руки на грудку плода, расположив большие пальцы на его спинке параллельно позвоночнику, поворачивают плод вокруг его оси, никогда при этом не потягивая плод. Далее приступают к рождению головки приемом **Морисо-Левре-Лашапель** туловище плода акушер кладет верхом на предплечье руки и II или III палец руки, на которой находится плод, вводит во влагалище по задней его стенке, а затем в ротик плода, надавливая на нижнюю челюсть и сгибая ее; вторую руку располагают на плечиках плода, причем II и III пальцы находятся по сторонам шеи плода. Головку выводят, как отмечалось ранее, соответственно механизму родов. Если она находится во входе в таз, вначале рукой, охватывающей шею и плечи, производят влечение косо назад и вниз. После того как головка опустилась в полость таза, тракции совершают назад и вниз. Если головка опустилась настолько, что область подзатылочной ямки подошла под нижний край лобковой дуги, туловище плода приподнимают резко вперед в сторону живота матери, и из половой щели показывают подбородок, лицо, а затем затылок. Рукой, виллообразно охватившей плечи и производящей влечение, нельзя сдавливать область надключичной ямки, поскольку вследствие прижатия нервного сплетения к I ребру в дальнейшем может развиваться паралич Эрба. Во время освобождения головки ассистент помогает извлечению головки, оказывая на нее давление сверху через брюшную стенку.

**Вопрос 25. Напишите протокол операции эпизиотомия. В протоколе обязательно указать вид и номер шовного материала.**

**ОПЕРАЦИЯ:** Осмотр мягких родовых путей в зеркалах. Эпизиотомия.

**Обезболивание:** Лидокаин 4,0мл – 10% -инфильтрационная анестезия.

**Ход операции:** В асептических условиях, при помощи зеркал и окончатых зажимов по часовой стрелке осмотрена шейка матки-цела. Промежность восстановлена послойно: слизистая влагалища ушита отдельными викриловыми швами, на мышцы - погружные отдельные викриловые швы, на кожу – отдельные викриловые швы по Донати №2. Обработка раны октенисептом. Кровопотеря во время операции-50мл.

**Вопрос 26. Напишите протокол осмотра мягких родовых путей и восстановление целостности родового канала после родов, осложненных разрывом шейки матки 1 степени и разрывом задней стенки влагалища. В протоколе обязательно указать вид и номер шовного материала.**

**ОПЕРАЦИЯ:** Осмотр мягких родовых путей в зеркалах. Ушивание разрыва шейки матки 1 степени. Ушивание разрыва задней стенки влагалища.

**Обезболивание:** под продленной ЭДА.

**Ход операции:** В асептических условиях, при помощи зеркал и окончатых зажимов по часовой стрелке осмотрена шейка матки - обнаружен разрыв 1 степени – края разрыва захвачены окончатыми зажимами и несколько низведены, первая лигатура -немного выше от верхнего угла разрыва (0,5 см) по направлению к наружному зеву на расстоянии 0,5см наложены отдельные однорядные викриловые швы №3 (викрил 2/0). Обнаружен разрыв задней стенки влагалища – первая лигатура наложена отступив от верхнего угла разрыва на 0,5см, защита по направлению к промежности отдельными, погружными викриловыми швами (викрил 2/0). Обработка швов октенисептом. Кровопотеря во время операции-50мл.

**Вопрос 27. Напишите протокол осмотра мягких родовых путей и восстановление целостности родового канала после родов, осложненных разрывом промежности 2 степени. В протоколе обязательно указать вид и номер шовного материала.**

**ОПЕРАЦИЯ:** Осмотр мягких родовых путей в зеркалах. Ушивание разрыва промежности 2 степени.

**Обезболивание:** Лидокаин 4,0мл – 10% -инфильтрационная анестезия.

Ход операции: В асептических условиях, при помощи зеркал и окончатых зажимов по часовой стрелке осмотрена шейка матки - цела. Разрыв промежности 2 степени восстановлена послойно: слизистая влагалища ушита отдельными викриловыми швами, начиная от верхнего угла разрыва влагалища до задней спайки. На мышцы – наложены 3 погружные отдельные викриловые швы (викрил -2/0), на кожу – косметический шов (викрил -0/2) . Обработка раны октенисептом. Кровопотеря во время операции-50мл.

**Вопрос 28. Напишите протокол инструментального удаления остатков плацентарной ткани на 3 сутки после родов.**

**ПОКАЗАНИЯ:** позднее послеродовое кровотечение.

**ОПЕРАЦИЯ:** Выскабливание стенок полости матки, удаление остатков плацентарной ткани.

**Обезболивание:** в/в наркоз

**Ход операции:** В асептических условиях шейка матки обнажена ложкообразными зеркалами. Шейка матки фиксирована пулевыми щипцами, низведена книзу. Без расширения цервикального канала расширителями Гегара. В полость матки введена тупая кюретка, произведено выскабливание всех стенок и углов матки. Выскабливание проведено под контролем УЗИ.

**Назначения:** пузырь со льдом на низ живота. Утеротоническая терапия (Окситоцин). Антибиотики.

**Вопрос 29. Напишите протокол инструментального удаления измененного плодного яйца у пациентки с неразвивающейся беременностью. Беременность замерла в сроке 9 недель.**

**ДИАГНОЗ:** неразвивающаяся беременность 9 недель

**ОПЕРАЦИЯ:** удаление плодного яйца, выскабливание стенок полости матки

**Обезболивание:** в/в наркоз.

**Ход операции:** В асептических условиях во влагалище введены зеркала. Шейка матки захвачена пулевыми щипцами за переднюю губу. В полость матки введен маточный зонд, матка anteflexio, длина полости матки по зонду 15см. В цервикальный канал последовательно введены расширители Гегара до № 11. После расширения цервикального канала кюреткой № 6 и № 2 произведено удаление плодного яйца, последовательное выскабливание стенок полости матки и трубных углов до появления ощущения хруста. Матка сократилась. Полученный соскоб отправлен на гистологическое исследование. Кровопотеря во время операции 50мл.

**Назначения:** пузырь со льдом на низ живота. Утеротоническая терапия (Окситоцин). Антибиотики. Узи контроль.

**Вопрос 30. Напишите протокол инструментального обследования стенок полости матки у пациентки с поздним выкидышем в сроке 19 недель.**

**ОПЕРАЦИЯ:** Выскабливание стенок полости матки. Удаление остатков плацентарной ткани.

**Обезболивание:** в/в наркоз

**Ход операции:** В асептических условиях шейка матки обнажена при помощи зеркала. Шейка матки фиксирована пулевыми щипцами. Без расширения цервикального канала в полость матки введена акушерская кюретка, произведено последовательное выскабливание стенок полости и углов матки. Выскабливание проведено под контролем УЗИ.

**Назначения:** пузырь со льдом на низ живота. Утеротоническая терапия (Окситоцин). Антибиотики.

Экзаменационные вопросы для студентов по практике «Помощник врача терапевта».

**1. Напишите пример протокола первичного осмотра терапевтом в приемном отделении пациента с подозрением на внебольничную пневмонию. Сформулируйте диагноз, назначьте необходимые исследования, дайте рекомендации по лечению и дальнейшему ведению пациента.**

**ФИО** Петров Иван Павлович

**ДАТА** 17.06.2021

**ВРЕМЯ** 10:30

**ПОЛНЫХ ЛЕТ:** 56

**ЖАЛОБЫ:** повышение температуры тела до 39 градусов, боль в грудной клетке, кашель с отделением ржавой мокроты, озноб, головная боль, потливость в ночное время.

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:** считает себя больным 2 суток. Заболевание началось остро, через несколько часов после переохлаждения появился озноб, головные боли, температура тела повысилась до 39 градусов. К врачу не обращался, самостоятельно принимал Парацетамол, после чего температура снизилась до 37 градусов, самочувствие улучшилось. Ночью беспокоила потливость. На следующий день появился кашель с отделением небольшого количества вязкой слизистой мокроты ржавого цвета, боль в грудной клетке справа, усиливающаяся при дыхании и кашле, температура тела снова повысилась до 39 градусов. Вызвал бригаду Скорой медицинской помощи. Госпитализирован в стационар ГКБ №13.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:** работает учителем в школе. Хронических заболеваний нет. Операции не проводились.

**ЭПИДАНАМНЕЗ:** не отягощен.

**АЛЛЕРГОАНАМНЕЗ:** не отягощен.

**НАСЛЕДСТВЕННЫЙ АНАМНЕЗ:** не отягощен.

### **ОБЪЕКТИВНО**

Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Пациент ориентирован в пространстве и времени. Положение вынужденное, на правом боку, прижимает левую руку к правому боку. Телосложение нормостеническое, рост 178 см, масса тела 70 кг, ИМТ 22,1. Температура тела 39,9 градусов.

Кожный покров бледный, на щеках лихорадочный румянец. Видимые слизистые физиологической окраски. Влажность кожи повышена. Высыпаний нет. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Костно-мышечная система без патологии.

ЧДД=18 в минуту. Дыхание поверхностное. Пальпация болезненна в правых нижних отделах. Перкуторный звук притупленный в правом нижнем отделе. Выслушивается бронхиальное дыхание в правом нижнем отделе. В нижнем отделе справа шум трения плевры. Голосовое дрожание усилено в правом нижнем отделе.

ЧСС, P.S-100 ударов/минуту. Артериальное давление на обеих руках – 110/80 мм.рт.ст. Верхушечный толчок пальпируется на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичны, приглушены, основные тона не изменены. Шумов нет

Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Физиологические отправления в норме.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:** Внебольничная пневмония, бактериальная неуточненная, нижней доли правого легкого, средней степени тяжести.

## **ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

ОАК (с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы – оценка вероятности бактериальной инфекции и прогноза заболевания)

БХ крови (СРБ, Прокальцитонин – маркеры бактериального воспаления, коррелируют с тяжестью течения и прогнозом, мочевины, креатинина, АЛТ/АСТ– для определения возможности назначения некоторых лекарственных средств и коррекции доз)

Анализ мокроты на микробиологическое исследование и определения чувствительности к антибиотикам (идентификация возбудителя, определение чувствительности к антибиотикам)

Пульсоксиметрия (скрининг ДН)

Рентгенография органов грудной клетки в передней прямой и боковой проекциях (выявление признаков воспалительного процесса в легких, их распространенности, локализации, наличия осложнений)

## **ЛЕЧЕНИЕ:**

Немедикаментозное:

- 1) Постельный режим
- 2) Достаточный питьевой режим
- 3) Массаж грудной клетки

Медикаментозное:

- 1) Антибактериальная терапия (сначала эмпирически, потом после высеивания возбудителя АБ, направленный на именно на него; чаще пневмококк - амоксициллин/клавулановая кислота)
- 2) Муколитик (АЦЦ)
- 3) Обезболивающее (кетанов)

**2. Напишите пример протокола первичного осмотра терапевтом в приемном отделении пациента с подозрением на обострение гипертонической болезни. Сформулируйте диагноз, назначьте необходимые исследования, дайте рекомендации по лечению и дальнейшему ведению пациента.**

## **ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР ВРАЧОМ В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ**

**ФИО** Комаров Дмитрий Владимирович.

**ДАТА** 17.06.2021                      **ВРЕМЯ** 10:30

**ПОЛНЫХ ЛЕТ:** 56

**ЖАЛОБЫ:** головная боль, рвота, мушки перед глазами, жар.

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:** считает себя больным 10 лет, когда был выставлен диагноз Гипертоническая болезнь 1 стадия, 1 степень, по поводу которой состоит на диспансерном учете у кардиолога. Принимал Эналаприл нерегулярно. Дневник измерения давления не вел, диету не

соблюдал. Ухудшение состояния произошло на работе, когда появилась головная боль, рвота, мелькание мушек перед глазами, жар. Вызвал бригада Скорой медицинской помощи. Госпитализирован в стационар ГКБ№5.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:** работает охранником. Хронических заболеваний – Гипертоническая болезнь стадия 1 степень 1, риск 2. Курит по пачке сигарет в день на протяжении 5 лет Операций не проводилось.

**ЭПИДАНАМНЕЗ:** не отягощен.

**АЛЛЕРГОАНАМНЕЗ:** не отягощен.

**НАСЛЕДСТВЕННЫЙ АНАМНЕЗ:** отец умер в 55 лет от Инфаркта Миокарда.

### **ОБЪЕКТИВНО**

Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Пациент ориентирован в пространстве и времени. Положение активное. Телосложение гиперстеническое, рост 178 см, масса тела 78 кг, ИМТ 25,2. Температура тела 37,1 градусов.

Кожный покров и видимые слизистые гиперемированы. Влажность повышена. Высыпаний нет. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, наиболее развита в области живота. Отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Костно-мышечная система без патологии.

ЧДД 16 в минуту. Пальпация безболезненна. Перкуторный звук ясный легочный над всеми полями. Аускультативно везикулярное дыхание над всеми полями, побочных дыхательных шумов нет.

Р.С-90 ударов/минуту, ЧСС-90 ударов/минуту. Дефицита пульса нет. Артериальное давление на обеих руках – 180/90 мм.рт.ст. Верхушечный толчок пальпируется на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичны, приглушены, основные тона не изменены. Шумов нет.

Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Физиологические отправления в норме.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:** Гипертоническая болезнь стадия 1 степень 3, риск 3. Гипертонический криз гиперкинетический, неосложненный.

### **ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

ОАК

ОАМ

ЭКГ (своевременное выявление нарушений ритма и проводимости, ОКС – оценка поражения сердца)

ЭХОКГ (гипертрофия левого желудочка – поражение органа мишени)

Фундоскопия (оценка поражения органов мишеней – сосудов глаз)

БХ крови (креатинин, рСКФ оценка поражения почек, глюкозы-ФР , прогноз заболевания, ТАГ,ХС,ЛПНП-факторы риска)

**ЛЕЧЕНИЕ:** диета с ограничением жидкости, соли

Метопролол 50 мг per os

**3. Напишите пример протокола первичного осмотра терапевтом в приемном отделении пациента с подозрением на обострение хронической обструктивной болезни легких. Сформулируйте диагноз, назначьте необходимые исследования, дайте рекомендации по лечению и дальнейшему ведению пациента.**

### **ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР ВРАЧОМ В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ**

**ФИО** Дмитришин Иван Павлович

**ДАТА** 17.06.2021                    **ВРЕМЯ** 10:30

**ДАТА РОЖДЕНИЯ:** 56

**ЖАЛОБЫ:** кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышка, непереносимость физических нагрузок, повышение температуры тела до 37,7 градусов.

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:** считает себя больным 10 лет, когда впервые появился кашель со слизистой мокротой, преимущественно в ночное время и в дождливую погоду. К врачу не обращался, так как связывал кашель с курением, лекарственных средств не принимал. Около 5 лет назад стал замечать трудности при беге, быстрой ходьбе, сопровождавшейся выраженной мышечной слабостью и затруднением дыхания, приходилось останавливаться, чтобы передохнуть. Обратился к врачу-терапевту, был выставлен диагноз ХОБЛ. Принимал b2-агонисты короткого действия по требованию. Ухудшение состояния наступило 2 дня назад, когда увеличилось количество отделяемой мокроты, которая приобрела слизисто-гнойный характер, температура тела увеличилась до 37,7 градусов, появилась одышка при повседневной нагрузке. Ухудшение связывает с перенесенным ОРВИ. Принимал b2-агонисты – без эффекта. Обратился к врачу терапевту. Было рекомендовано лечение в стационаре. Госпитализирован в ГКБ№5

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:** работает слесарем. Курит в течение 28 лет по 1 пачке в день, Индекс Курильщика 28 пачка лет. Хронических заболеваний нет. Операции не проводились.

**ЭПИДАНАМНЕЗ:** отягощен. Контакт с больным ОРВИ 2 недели назад.

**АЛЛЕРГОАНАМНЕЗ:** не отягощен.

**НАСЛЕДСТВЕННЫЙ АНАМНЕЗ:** не отягощен.

### **ОБЪЕКТИВНО**

Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Пациент ориентирован в пространстве и времени. Положение активное. Телосложение нормостеническое, рост 178 см, масса тела 70 кг, ИМТ 22,1. Температура тела 37,9 градусов.

Кожный покров с сероватым оттенком. Видимые слизистые физиологической окраски. Влажность кожи повышена. Высыпаний нет. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Костно-мышечная система без патологии.

ЧДД=22 в минуту. Дыхание поверхностное. Эмфизематозная грудная клетка. Пальпация безболезненна. Перкуторный звук коробочный над всеми полями. Выслушивается ослабленное везикулярное дыхание над всеми полями, жужжащие сухие хрипы в нижних отделах. SaO<sub>2</sub> 90%.

ЧСС, P.S -100 ударов/минуту. Артериальное давление на обеих руках – 130/80 мм.рт.ст. Верхушечный толчок пальпируется на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичны, основные тона не изменены. Шумов нет.

Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Физиологические отправления в норме.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:** ХОБЛ, смешанная форма, стадия обострения. ДН II степени. Степень тяжести будет установлена после оценки ФВД.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

ОАК (с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы – оценка вероятности бактериальной инфекции)

Бх крови (СРБ- повышение уровня  $\geq 10$  мг/л – показание к антибиотикотерапии)

Анализ мокроты с микроскопией и микробиологическим исследованием, определение чувствительности к антибиотикам (идентификация возбудителя, определение чувствительности к антибиотикам)

Пульсоксиметрия (выраженность гипоксемии, ДН)

Рентгенография органов грудной клетки в передней прямой и боковой проекциях (дифференциальная диагностика с другими заболеваниями, диагностика осложнений)

Спирометрия (ОФВ<sub>1</sub>, Индекс Тиффно – для выявления и оценки степени тяжести обструкции дыхательных путей)

**ЛЕЧЕНИЕ:**

Немедикаментозное:

Отказ от курения (никотинзаместительная терапия)

Вакцинация от Гриппа и Пневмонии

Достаточный питьевой режим

Медикаментозное:

бета-2 агонисты ( короткого действия - сальбутамол, фенотерол; длительного действия- сальметерол, формотерол)

Холинолитик – Ипратропия Бромид

(Можно написать комбинацию фенотерол+ ипратропия бромид)

Глюкокортикостероид - Преднизолон



Антибактериальная терапия (Амоксициллин/клавулановая кислота per os)

Муколитик (АЦЦ)

Оксигенотерапия

**4. Напишите пример протокола первичного осмотра терапевтом в приемном отделении пациента с подозрением на бронхиальную астму. Сформулируйте диагноз, назначьте необходимые исследования, дайте рекомендации по лечению и дальнейшему ведению пациента.**

ФИО: Васильев Василий Васильевич

Возраст: 23 года

Пол: мужской

Дата: 16.07.2021 Время: 10:00

**Жалобы:** на приступы удушья, возникающие 1-2 раза в месяц, с затрудненным выдохом, сопровождающиеся свистящими хрипами и тяжестью в груди, приступообразным кашлем с трудноотделяемой мокротой. В последнее время приступы участились до 2 раз в неделю, возникают и ночью.

**Анамнез заболевания:** приступы появились около года назад, отмечаются в течение всего года, появляются при контакте с домашней пылью, пылью растений, шерстью животных, резких запахах, прекращаются самостоятельно или после приема таблетки Эуфиллина. В течение трех лет в мае-июне отмечает слезотечение, заложенность носа, чихание. В связи с учащением приступов, появлением последних ночью обратился к терапевту.

**Анамнез жизни:** рос и развивался согласно возрасту, без отклонений; образование – среднее специальное. *Трудовой анамнез:* профессия – механик, *Вредные привычки:* отрицает. *Перенесенные заболевания:* Простудными заболеваниями болеет 1–2 раза в год. Наличие инфекционных (гепатит, туберкулёз, малярия, венерические болезни, ВИЧ - инфекция), нервно-психических заболеваний отрицает. *Аллергологический анамнез:* сезонный поллиноз. *Наследственность:* бабушка пациента страдала бронхиальной астмой.

**Объективный статус:** состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6С°. Телосложение нормостеническое, ИМТ 23,3 кг/м<sup>2</sup>. Кожа, видимые слизистые чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ПЖК развита умеренно, отеков нет. Костно-мышечная система без видимой патологии

*Система органов дыхания:* дыхание через нос свободное. Отделяемого из носа нет. ЧДД 24 в мин. Грудная клетка нормостеническая, участвует в дыхании симметрично, при пальпации безболезненна. Перкуторный звук варьирует от ясного легочного до коробочного. При аускультации выслушивается жесткое везикулярное дыхание, большое количество сухих свистящих рассеянных хрипов на выдохе.

*Система органов кровообращения:* видимой патологической пульсации сосудов шеи нет. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье по срединно-ключичной линии, локализованный, не усиленный. Сердечный толчок не определяется. Границы относительной и

абсолютной тупостей сердца в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, ясные, 90 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст.

*Система органов пищеварения:* Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены.

*Система органов мочевыделения:* мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон

### **Предварительный диагноз:**

Основное заболевание: Бронхиальная астма, персистирующая, атопическая форма (?), лёгкое течение, обострение.

Осложнение: Дыхательная недостаточность (ДН) I степени.

Сопутствующее заболевание: Поллиноз с проявлениями аллергического риноконъюнктивита

### **План обследования:**

1. Клинический анализ крови с лейкоцитарной формулой и СОЭ
2. Общий анализ мокроты
3. Ig E общий
4. Спирометрия
5. РГ ГК
6. Консультация аллерголога

### **Лечение:**

1. Исключить контакт с провоцирующими факторами
2. Умеренная физическая активность
3. Бета-2-агонисты короткого действия «по требованию» - фенотерол 0,2 мг в инг. (беротек) максимум 8-10 вдохов в сутки
4. Ингаляционные глюкокортикостероиды в качестве купирования обострения - бекламетазона дипропионат 200 мкг 2 раза в день

**5. Напишите пример протокола первичного осмотра терапевтом в приемном отделении пациента с диагнозом ИБС стенокардия напряжения. Сформулируйте диагноз, назначьте необходимые исследования, дайте рекомендации по лечению и дальнейшему ведению пациента.**

### **ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР ВРАЧОМ В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ**

**ФИО** Иванов Иван Иванович

**ДАТА** 16.06.2021

**ВРЕМЯ** 10:30

**ПОЛНЫХ ЛЕТ:** 61

**ЖАЛОБЫ:** боль за грудиной, чувство нехватки воздуха.

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:** считает себя больным около 2 лет, когда впервые отметил появление боли за грудиной сжимающего характера. Боль возникала при подъеме по лестнице на 3 этаж, иррадиировала в левую лопатку и левую половину нижней челюсти и продолжалась около 10 минут. Проходила самостоятельно в покое. К врачу пациент не обращался, лекарственных средств не принимал. Несколько часов назад при подъеме по лестнице на 3 этаж появилась боль сжимающего характера за грудиной, сопровождавшаяся чувством нехватки воздуха, что заставило пациента вызвать бригаду Скорой медицинской помощи. Пациент доставлен в стационар.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:** Работает водителем автобуса. Хронических заболеваний нет. Курит в последние 10 лет по пачке сигарет в день. Операции не проводились.

**ЭПИДАНАМНЕЗ:** не отягощен

**АЛЛЕРГОАНАМНЕЗ:** не отягощен

**НАСЛЕДСТВЕННЫЙ АНАМНЕЗ:** отягощен по сердечно-сосудистым заболеваниям. Отец умер в 55 лет от инфаркта миокарда.

## **ОБЪЕКТИВНО**

Общее состояние: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Пациент ориентирован в пространстве и времени. Положение активное. Телосложение гиперстеническое, рост 178 см, масса тела 78 кг, ИМТ 25,2. Температура тела 36,6 градусов.

Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски. Влажность в норме, тургор кожи понижен. Единичные ксантелазмы на поверхности обоих верхних век. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, наиболее развита в области живота, бедер. Отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Костно-мышечная система без патологии.

ЧДД=17 в минуту. Пальпация безболезненна. Перкуторный звук ясный легочный над всеми полями. Аускультативно жесткое дыхание над всеми полями, побочных дыхательных шумов нет.

Р.С, ЧСС-78 ударов/минуту. Артериальное давление на обеих руках – 130/80 мм.рт.ст. Верхушечный толчок пальпируется на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичны, приглушены, выслушивается акцент II тона во втором межреберье справа.

Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки. Печень не пальпируется.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Физиологические отправления в норме.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:** ИБС. Стенокардия напряжения, стабильная, III ФК.

## **ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

ОАК (Hb, Eг, Leu – для исключения возможных сопутствующих заболеваний, а также вторичного характера стенокардии)

БХ крови (липидограмма – общий ХС, ТГ, ЛПНП – с целью оценки фактора риска атеросклероза. Креатинин с расчетом СКФ, АЛТ/АСТ – для определения возможности назначения некоторых лекарственных средств и коррекции доз. Глюкоза и HbA1c – скрининг Сахарного диабета – как фактор риска ИБС и фактор риска прогрессии ИБС)

ЭКГ (для выявления признаков ишемии – депрессия сегмента ST, патологического зубца Q, сопутствующих нарушениях ритма и проводимости)

ЭХОКГ (для исключения других кардиальных причин боли в грудной клетке, оценке систолической и диастолической функции, нарушений локальной сократимости миокарда)

Стресс-ЭКГ (выявление ишемии во время физической нагрузки)

Рентгенография органов грудной клетки (для исключения некардиальных причин боли)

### **ЛЕЧЕНИЕ:**

Немедикаментозное:

- 1) Дозированные физические нагрузки (ходьба, прогулки, плавание) – с целью снижения массы тела.
- 2) Диета с ограничением жирной пищи. Увеличить в пищевом рационе содержание свежих овощей и фруктов, пищевых волокон, цельных зерен, рыбы. Энергетическая ценность пищи - до 2000 ккал/сутки – с целью снижения массы тела и уровня общего холестерина.
- 3) Отказ от курения
- 4) Самоконтроль артериального давления

Медикаментозное:

Нитроглицерин в виде спрея под язык – во время приступа стенокардии.

Антиагрегантная терапия – Аспирин (Кардиомагнил) 75–125 мг 1 раз в сутки

Бета-адреноблокатор – Бисопролол 5-10 мг 1 раз в сутки

Статины – Аторвастатин 40–80 мг в сутки

**6. Напишите пример протокола первичного осмотра терапевтом в приемном отделении пациента с подозрением на язвенную болезнь желудка. Сформулируйте диагноз, назначьте необходимые исследования, дайте рекомендации по лечению и дальнейшему ведению пациента.**

Протокол первичного осмотра терапевтом в приемном отделении пациента с подозрением на язвенную болезнь желудка. Сформулируйте диагноз, назначьте необходимые исследования, дайте рекомендации по лечению и дальнейшему ведению пациента.

ОСМОТР ДЕЖУРНЫМ ВРАЧОМ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

ФИО: Потапов Николай Иванович ДАТА: 18.06.2021 ВРЕМЯ: 10:40

ПОЛНЫХ ЛЕТ: 42

**ЖАЛОБЫ:** боль в эпигастральной области, тошнота, рвота, изжога

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:** считает себя больным 2 лет, когда впервые появились боли, которые возникли в течение часа-полтора после приема пищи. К врачу не обращался, лечился самостоятельно, принимал, Альмагель по потребности - с эффектом. В течение 2 лет боли в эпигастральной области носили сезонный характер, усиливались и учащались в весеннее и осеннее времена года. Несколько дней назад состояние больного резко ухудшилось, Боли приобрели ноющих характер. Принял Альмагель, Омез - без эффекта. Вызвал бригаду Скорой медицинской помощи. Госпитализирован в ГКБ№1.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:** работает охранником. Курит с 15 лет по пачке сигарет в день. Хронических заболеваний не имеет.

**ЭПИДАНАМНЕЗ:** не отягощен

**АЛЛЕРГОАНАМНЕЗ:** не отягощен.

**НАСЛЕДСТВЕННЫЙ АНАМНЕЗ:** не отягощен

**ОБЪЕКТИВНО:** состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, положение активное. Контакт свободный. Температура тела 36,7 градусов. Телосложение нормостеническое, рост 167 см, масса тела 65 кг, ИМТ 23,3.

Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски. Влажность повышена. Высыпаний нет. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Костно-мышечная система без патологии.

ЧДД 16 в минуту. Пальпация безболезненна. Перкуторный звук ясный легочный над всеми полями. Аускультативно дыхание везикулярное над всеми полями, побочных дыхательных шумов не обнаружено.

ЧСС, P.S 75 ударов/минуту. Артериальное давление на обеих руках – 120/80 мм.рт.ст. Пальпация без патологии. Верхушечный толчок на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии в 5 межреберье. Тоны сердца ритмичны, основные тона не изменены. Шумов нет.

Язык влажный, обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптом раздражения брюшины отрицательный. Печень не пальпируется. Симптомы Кера, Мюсси, Мерфи отрицательные. Селезенка не пальпируется. Пальпация в зонах Шоффара, Губергрица, Мейо-Робсона безболезненна.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Физиологические отправления: стул 1 раз в день, плотный.

Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:** Язвенная болезнь желудка, фаза обострения. Локализация процесса, количество, размеры, клинико-эндоскопическая стадия будут установлены после эндоскопического исследования.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

ОАК (диагностика анемии).

Рентгенография

Анализ кала на скрытую кровь (для диагностики скрытых кровотечений).

Анализ крови на RW, HBsAg, HCV, ВИЧ (для проведения эзофагогастродуоденоскопии)

Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией и быстрым уреазным тестом (для диагностики локализации язвенного дефекта, их количества, размеров, стадии, осложнений, НР-инфекции)

13-С уреазный дыхательный тест на Helicobacter Pylori (диагностика НР-инфекции)

ЛЕЧЕНИЕ:

Диета 1а.

Отказ от курения

Антисекреторная терапия-Омепразол

**7. Напишите пример протокола первичного осмотра терапевтом в приемном отделении пациента с подозрением на язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки. Сформулируйте диагноз, назначьте необходимые исследования, дайте рекомендации по лечению и дальнейшему ведению пациента.**

Больная В. 23 лет, студентка, обратилась в поликлинику с жалобами на сильные, постоянные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в правую лопатку, возникающие, как правило, ночью и уменьшающиеся после приема пищи, головокружение, слабость, рвота кофейной гущей однократно. Считает себя больной на протяжении 2 лет, когда впервые появились голодные боли, отрыжка кислым, изжога; интенсивность ночных болей увеличивалась. Отмечает весенне-осенние обострения заболевания.

К врачу не обращалась. Боли купировались приемом мезима, но-шпы, активированного угля.

Anamnesis vitae

Семейно-половой анамнез: первая менструация началась в 13 лет, установилась сразу, продолжительностью 4-5 дней, через каждые 28 дней, регулярные, умеренно болезненные в первый день менструального цикла. После начала половой жизни характер менструального цикла не изменялся.

Профессиональный анамнез: студентка медицинского колледжа. Перенесенные заболевания: Детские инфекции - ветряная оспа. Питание: Не регулярное, не полноценное. Злоупотребляет кофеином.

Anamnesis vitae

Вредные привычки: Пациентка курит с 15 лет по 4-5 сигарет в день. Отрицает регулярное употребление алкоголя, наркотических и других психотропных средств.

Аллергологический анамнез: не отягощен. Отрицает наличие аллергических заболеваний. Отрицает наличие пищевых аллергических реакций. Отрицает наличие аллергических реакций на лекарственные препараты, вакцины.

Данные объективного обследования:

Общее состояние относительно удовлетворительное. Астеник, пониженного питания.

Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены.

Дыхание везикулярное, хрипов нет.

ЧДД – 19 в минуту.

Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 74 удара в минуту.

АД - 110/70 мм рт. ст.

Тоны сердца ясные, ритмичные.

Язык обложен белым налетом.

Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптом Менделя положительный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные исследования:

Гемоглобин- 98 г/л Гематокрит - 30%

ЦП 0,85

СОЭ 30 мм/ч

Билирубин общий 10,4 г/л Белок общий 65 г/л Мочевина 3,2 ммоль/л

УЗИ органов брюшной полости:

-печень: размеры не увеличены, толщина правой доли-126, левой-68 мм. Контур ровный, структура печени сохранена. Сосудистый рисунок не изменен, печеночные вены не расширены, диаметр воротной вены – 12. -желчный пузырь: размеры 60 на 19 после еды. Стенка не утолщена (3мм)

-желчные протоки не изменены.

-поджелудочная железа: контуры ровные, структура сохранна, размеры не изменены. -селезенка: размеры 97 на 57, контуры ровные, структура однородная.

-почки: размеры не изменены, эхогенность обычная. Дополнительные образования не определяются.

-мочевой пузырь опорожнен; Свободная жидкость не определяется.

## ЭЗОФАГОГАСТРОСКОПИЯ + БИОПСИЯ

Пищевод свободно проходим, слизистая ровная. В желудке – светлая жидкость. В 12п кишке – язва, несколько вытянутой формы. Размер язвенного дефекта 1,9 см в диаметре. Язва с конвергенцией складок, умеренной инфильтрацией вокруг. Дно язвы покрыто фибрином. Размер язвенного дефекта 1,9 см в диаметре. Дно язвы покрыто фибринозными наложениями серовато-белого цвета. Наличие темных вкраплений в дне язвы. Эндоскопически подтвержденная стадия «красного» рубца

Клинический диагноз: Основной диагноз: язвенная болезнь 12п кишки в стадии обострения, среднего размера.

Осложнения: желудочно-кишечные кровотечения, постгеморрагическая анемия легкой степени тяжести.

## Диетотерапия

Частое (5-6 раз в сутки), дробное питание.

Из пищевого рациона необходимо исключить продукты, раздражающие слизистую оболочку желудка и возбуждающие секрецию соляной кислоты: крепкие мясные и рыбные бульоны, жареную и наперченную пищу, копчености и консервы, приправы и специи (лук, чеснок, перец, горчицу), соленья и маринады, газированные фруктовые воды, пиво, белое сухое вино, шампанское, кофе, цитрусовые.

Следует отдавать предпочтение продуктам, обладающим выраженными буферными свойствами (т.е. способностью связывать и нейтрализовать соляную кислоту). К ним относятся мясо и рыба (отварные или приготовленные на пару), яйца, молоко и молочные продукты).

## Консервативное лечение

1. Омепразол - в дозе 20 мг 4-6 недель. (продолжительность лечения определяется результатами эндоскопического контроля, который проводится с интервалами 2-4 недели)
2. Для остановки язвенного кровотечения: болюсно внутривенно вводится 80 мг эзомепразола с последующей непрерывной внутривенной инфузией этого препарата (в дозе 8 мг в час) в течение 72 часов



3. Тройная схема эрадикационной терапии: ИПН (в стандартной дозе 2 раза в сутки), кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки 14 дней)

амоксциллин (по 1000 мг 2 раза в сутки).

**8. Напишите пример протокола первичного осмотра терапевтом в приемном отделении пациента с подозрением на обострение хронического гепатита. Сформулируйте диагноз, назначьте необходимые исследования, дайте рекомендации по лечению и дальнейшему ведению пациента.**

Жалобы: на боль в правом подреберье, тошноту и отсутствие аппетита, непереносимость жирной пищи и алкогольных напитков, бессонницу, расширенные капилляры на щеках

Анамнез заболевания (анамнез собран со слов пациента): Пациент В., 43 лет обратился в приемное отделение ГКБ№1 им. Н.И.Пирогова с жалобами на постоянную ноющую боль в правом подреберье в течение 2 недель, периодически возникающую тошноту и отсутствие аппетита, непереносимость жирной пищи и алкогольных напитков, возникшие также около 2 недель назад. Жалуется на бессонницу, которая беспокоит около недели, также недавно заметил расширенные капилляры на щеках. Все жалобы стал отмечать после увольнения с работы в связи с испытываемым стрессом. В анамнезе – хронический гепатит в связи с алкогольной болезнью печени.

Анамнез жизни:

Краткие биографические данные: родился в Подольске 01.01.1978 года, в полной семье. Рос и развивался в соответствии с возрастными нормами, вторым ребенком в семье. Получил высшее юридическое образование. Отношения к военной службе не имеет.

Семейно-половой анамнез: женат, один ребенок.

Трудовой анамнез: начал работать в возрасте 23 лет по профессии.

Бытовой анамнез: живет с женой в собственной двухкомнатной квартире со всеми удобствами. Жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетворительные.

Питание: регулярное, 3-4 раза в день, разнообразное, калорийное, избыточные углеводы и жиры.

Аллергологический анамнез: неотягощен.

Наследственный анамнез: отец употреблял алкоголь, умер от инсульта.

Вредные привычки: злоупотребление алкоголем (употребляет крепкие спиртные напитки несколько раз в неделю).

Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными в течение последнего месяца отрицает, за пределы Москвы и Московской области не выезжал.

Объективный статус: общее состояние средней степени тяжести. Телосложение правильное, нормостеническое. Положение активное. Сознание ясное. Поведение: спокойное. Окраска кожи и склер: желтоватой окраски. Поверхность ладоней покрасневшая («печеночные ладони»).

Влажность кожи: нормальная. Тургор кожи: сохранен. Отеки: умеренные отеки стоп и кистей.

Цианоз: отсутствует. Высыпания: отмечаются расширенные капилляры в виде звездочек на щеках и на спине. Периферические лимфоузлы: затылочные, задние шейные, околоушные, передние шейные, подязычные, надключичные и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные не пальпируются. Поднижнечелюстные лимфатические узлы пальпируются, умеренно увеличены, плотной консистенции, безболезненные, состояние кожи над ними нормальное. Щитовидная железа: не увеличена. Костно-мышечная система: объем движений в суставах полный, нормальной амплитуды, сила мышц сохранена, болезненности и крепитации при пальпации не обнаружено.

Неврологический статус:

Черепно-мозговые нервы: Обоняние нормальное. Глазные щели и зрачки D=S. Косоглазие: нет. Диплопия: нет. Движения глазных яблок в полном объеме. Реакция на свет живая. Болезненности точек выхода ветвей нет. Чувствительность в зонах иннервации: сохранена. Лицо симметричное. Нистагм: нет. Шум в ушах, головокружение: нет. Слух, голос, глотание, движение языка: в норме.

Двигательная сфера: активные движения в конечностях в полном объеме. Чувствительность: сохранена.

Сухожильные рефлексы: сохранены. Брюшные рефлексы: сохранены. Патологические знаки: нет. Координация движений: пальценосовая проба: без изменений. В позе Ромберга устойчив. Походка, речь без особенностей.

Вегетативная нервная система: дермографизма, гипергидроза нет.

Менингеальные знаки: нет.

Органы дыхания: ЧДД 18/мин. Перкуторно: легочный звук на всей поверхности легких. Аускультативно: дыхание везикулярное. Хрипы и крепитация не выслушиваются.

Органы кровообращения: Аускультативно: Тоны сердца глухие. Ритм правильный. Шумов не выслушивается. ЧСС 82/мин. АД 125/85 мм рт. ст.

Органы пищеварения: Язык влажный, обложен налетом. При пальпации болезненность в правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины: отсутствуют. Асцит: при пальпации не выявляется. Печень выступает из-под края реберной дуги. Акт дефекации: несколько раз в день. Стул: неустойчивый, неоформленный.

Селезенка: не пальпируется

Органы мочевыделения: Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание в норме, безболезненное. Диурез сохранен.

Предварительный диагноз: Хронический персистирующий гепатит, алкогольный, в стадии обострения, компенсированный.

Необходимые лабораторные и инструментальные исследования:

1. Общий анализ крови.

2. Биохимический анализ крови: общий белок, мочевины, креатинин, общий билирубин, прямой билирубин, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, глюкоза, триглицериды, холестерин, СКФ.

3. Общий анализ мочи.
4. Коагулограмма.
5. Липидограмма.
6. УЗИ органов брюшной полости.
7. ЭКГ
8. Консультация гепатолога. Рекомендации по лечению:

1. Исключить действие стресса.
2. Исключить прием алкоголя и жирной пищи.
3. Эссенциале Н по 2 капсулы 2-3 раза в день в течение 3 месяцев.
4. Гептрал 400мг в/в в течение 2 недель, затем 1-2 таблетки в день в течение 2 месяцев.
5. Урсофальк 250мг – по 2-5 капсулы в день в течение нескольких месяцев.

**9. Напишите пример протокола первичного осмотра терапевтом в приемном отделении пациента с подозрением на цирроз печени. Сформулируйте диагноз, назначьте необходимые исследования, дайте рекомендации по лечению и дальнейшему ведению пациента.**

**ФИО:** Каренин Алексей Александрович

**Возраст:** 55 лет

**Пол:** мужской

**Дата:** 08.07.2021      **Время:** 10:00

**Жалобы:** на чувство тяжести и боль в правом подреберье, не связанные с приемом пищи, слабость, повышенную утомляемость, быстрое нарастание массы тела, не связанное с изменением пищевых привычек, тошноту, отрыжку, расстройство аппетита

**Анамнез заболевания:** считает себя больным с 2015 года, когда впервые возникли чувство тяжести в правом подреберье, тошнота, расстройство аппетита после эпизода злоупотребления алкоголем. К врачам не обращался. С конца июня стал отмечать нарастание массы тела, не связанное (со слов пациента) с увеличением потребления пищи, появление кожного зуда. Настоящее ухудшение произошло вечером 07.07.2021 г., когда появились головокружение, выраженная слабость, тяжесть в правом подреберье, сопровождавшиеся однократной рвотой кровью цвета “кофейной гущи”. Кровотечение остановилось самостоятельно, наутро пациент обратился за медицинской помощью.

**Анамнез жизни:** адвокат, на работе часто возникают стрессовые ситуации. Простудными заболеваниями болеет 1–2 раза в год. Наличие инфекционных (гепатит, туберкулёз, малярия, венерические болезни, ВИЧ - инфекция), нервно-психических заболеваний отрицает. Наличие

хронических заболеваний, травмы и операции отрицает. Злоупотребляет алкоголем, курение отрицает.

**Аллергологический анамнез:** не отягощен

**Наследственность:** не отягощена

**Эпиданамнез:** не отягощен

**Объективный статус:** состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Температура тела 37,2 С°. Телосложение нормостеническое, пониженного питания. Кожа бледно-желтая, влажная, со следами расчесов, тургор ее снижен. Склеры и видимые слизистые иктеричны. Язык сухой, малиновый. Обнаружены телеангиоэктазии на коже живота и груди, “голова медузы” на передней брюшной стенке, пальмарная эритема. Периферические лимфатические узлы не увеличены, подвижны, не спаяны между собой и с окружающими тканями. Подкожная клетчатка развита умеренно, отеков нет. Костно-мышечная система без видимой патологии

**Система органов дыхания:** дыхание через нос свободное. Отделяемого из носа нет. Грудная клетка нормостеническая, участвует в дыхании симметрично, при пальпации безболезненна. Перкуторный звук ясный легочный. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится во все отделы лёгких, хрипов и других патологических шумов не выявлено. ЧДД 17/мин

**Система органов кровообращения:** видимой патологической пульсации сосудов шеи нет. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье по срединно-ключичной линии, локализованный, не усиленный. Сердечный толчок не определяется. Границы относительной и абсолютной тупостей сердца в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, звучные, патологические шумы не выслушиваются. Пульс 76/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, ЧСС 76 уд/мин, АД 120/75 мм.рт.ст.

**Система органов пищеварения:** Язык сухой, малиновый. Живот увеличен в размерах, участвует в дыхании, подкожные вены расширены, на передней брюшной стенке телеангиоэктазии. Перкуторно определяется наличие свободной жидкости в брюшной полости. Нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на 2 см, плотный, закругленный, бугристый. Отмечается болезненность при пальпации в правом подреберье

Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Селезенка выступает на 3 см из-под края реберной дуги, размеры 9x7 см

**Система органов мочевыделения:** мочеиспускание свободное, безболезненное. Суточный диурез 1,3 л. Поясничные области симметричны, не гиперемированы, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон

**Предварительный диагноз:**

**Основное заболевание:** Цирроз печени, желтуха, астеновегетативный синдром

**Фоновое заболевание:** Хроническая алкогольная интоксикация

**Осложнения:** Портальная гипертензия, спленомегалия, неосложненный асцит 2 степени, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода

**План обследования:**

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи с определением содержания желчных пигментов
3. Биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, общий и прямой билирубин, АСТ, АЛТ, ЛДГ-5, ЩФ, ГГТП, желчные кислоты, общий холестерин)
4. Исследование крови на RW, ВИЧ, гепатиты В, С
5. Коагулограмма
6. УЗИ органов брюшной полости
7. ЭГДС
8. ЭЭГ
9. Психометрические тесты
10. Консультация невролога
11. Консультация психиатра
12. Биопсия печени с гистологическим исследованием

**Лечение:**

1. Диета № 5
2. Абстиненция
3. Ограничить прием жидкости до 1 л/сутки
4. Ограничение соли в пище (не более 1 г в сутки)
5. S-аденозинметионин 1200 мг/сутки в течение 2-х лет
6. Эссенциале Н по 2 капсулы 3 р/д в течение 3 мес
7. Урсофальк 250 мг по 2–5 капсул в сутки в течение 3 мес
8. Пропранолол 80 мг/сут (снизить давление в v. portae до 12 мм рт ст)
9. Спиринолактон 25 мг 2 таб 3 р/д (контроль концентрации  $K^+$ )
10. Фуросемид 20 мг по 2 таб утром натощак (40 мг/сут)
11. Рабепразол 20 мг/сут

**10. Напишите пример протокола первичного осмотра терапевтом в приемном отделении пациента с подозрением на инфекционный эндокардит. Сформулируйте диагноз, назначьте**

**необходимые исследования, дайте рекомендации по лечению и дальнейшему ведению пациента.**

ФИО: Иванов Иван Иванович

Время осмотра: 12.00

Дата осмотра: 01.07.2021

Возраст: 50 лет

Жалобы: Жалобы на лихорадку, озноб, слабость, быстрое похудание, инспираторную одышку и кашель, усиливающиеся при физической нагрузке, боли в области сердца.

Анамнез заболевания: Считает себя больным в течении 2 недель, когда после приема у врача-стоматолога по поводу лечения кариеса впервые появилась лихорадка с колебаниями в течении суток, резкое общее ухудшение состояния, быстрое похудание.

Настоящее ухудшение началось неделю назад, когда появились боли в сердце, инспираторная одышка и кашель при физической нагрузке. Для купирования принимала «Валидол», «Каптоприл» и «Бисопролол» без особой эффективности. Обратилась к терапевту в ГП№23, тот направил ее к ревматологу в ГКБ№29.

Анамнез жизни: работает инженером. Хронических заболеваний нет. Операции не проводились.

Эпиданамнез: нет

Наследственность: не отягощена

Аллергологический анамнез: нет

Вредные привычки: отрицает

Объективно:

Сознание ясное, контакт свободный. Состояние средней тяжести. Т 38, рост 175 см, вес 65 кг, ИМТ=21.22

Кожный покров и видимые слизистые бледной окраски, отмечаются пятна Жаневье на ладонях. ПЖК развита нормально, отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без патологии.

Форма грудной клетки нормальная. ЧДД 21 в мин. Инспираторная одышка при физической нагрузке. Выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы и притупление перкуторного звука в нижних отделах грудной клетки.

ЧСС 87 уд. в мин.. Верхушечный толчок в 5 м\р на 0.5 см кнутри от срединноключичной линии. АД 120/80. Выслушивается грубый систолический шум на верхушке, проводящийся в левую подмышечную область, ослабление I тона.

Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени не выходит из-под края реберной дуги, край гладкий, безболезненный. Селезенка выступает на 2 см из-под края реберной дуги.

Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон.

Диагноз: Инфекционный эндокардит, острый, с поражением митрального клапана, вызванный S.aureus. Недостаточность митрального клапана 2 степени. ХСН I стадии (II ФК).

План обследования

1. Посев крови: бактериемия

2. ЭхоКГ: свежие вегетации и деструкция клапана
3. Общий Анализ крови: лейкоцитоз, повышение СОЭ, СРБ
4. Биохимический анализ крови
5. Общий анализ мочи
6. Ревматоидный фактор в крови

Лечение

Ванкомицин 30 мг/кг в сутки в/в 4-6 недель + гентамицин 1 мг/кг в/в каждые 8 часов 2 недели

Дальнейшее ведение

Наблюдение за состоянием пациента, оценка прогрессирования заболевания и эффективности лечения.

При неэффективности лечения и прогрессировании заболевания – хирургическое лечение.

**11. Напишите пример протокола первичного осмотра терапевтом в приемном отделении пациента с подозрением на ревматоидный артрит. Сформулируйте диагноз, назначьте необходимые исследования, дайте рекомендации по лечению и дальнейшему ведению пациента.**

**ФИО:** Попова Екатерина Алексеевна

**Возраст:** 47 лет

**Пол:** женский

**Дата:** 18.06.2021      **Время:** 11:40

**ЖАЛОБЫ:** боль и припухлость в области суставов кистей, лучезапястных суставов, плечевых суставах, повышение температуры тела до 37 градусов, шишка на первом пальце левой кисти.

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:** считает себя больной около 3 месяцев, когда появилась боль в суставах. За медицинской помощью не обращалась, лечилась нестероидными противовоспалительными мазями, без улучшения. В течение последнего месяца появились боль и припухание в суставах кистей, в лучезапястных и плечевых суставах, утренняя скованность в течение дня, температура тела повышалась до 37,5 градусов. Появилась шишка на первом пальце левой кисти. Обратилась к врачу терапевту, который направил на госпитализацию для дальнейшего обследования и лечения. Планово госпитализирована в ГКБ№5.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:** работает преподавателем. На протяжении 5 лет курит пол пачки сигарет в день. Хронических заболеваний нет. Операции не проводились.

**ЭПИДАНАМНЕЗ:** не отягощен.

**АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ:** не отягощен.

**НАСЛЕДСТВЕННЫЙ АНАМНЕЗ:** нет данных.

**ОБЪЕКТИВНО:** состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, положение активное. Контакт свободный. Температура тела 37,1 градус. Телосложение нормостеническое, рост 163 см, масса тела 60 кг, ИМТ 22,5. Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски. Влажность кожи в норме. На первом пальце левой кисти ревматоидный узелок, безболезненный, кожа над ним не изменена. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно. Отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Кисти правильные. II, III проксимальные межфаланговые суставы и II, III пястно-фаланговые суставы болезненные, припухшие. Болезненность в лучезапястных суставах, плечевых суставах.

ЧДД 18 в минуту. Пальпация безболезненна. Перкуторный звук ясный легочный над всеми полями. Аускультативно дыхание везикулярное над всеми полями, побочных дыхательных шумов не обнаружено.

ЧСС, P.S 78 ударов/минуту. Артериальное давление на обеих руках – 120/70 мм.рт.ст. Пальпация без патологии. Верхушечный толчок на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии в 5 межреберье. Тоны сердца ритмичны, основные тона не изменены. Шумов нет.

Язык влажный, не обложен. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Физиологические отправления в норме.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:** Ревматоидный артрит, очень ранняя стадия. С системными проявлениями (ревматоидный узелок) ФК II. Иммунологическая характеристика, рентгенологическая стадия, активность будут установлены после лабораторного и инструментального исследования.

#### **ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

ОАК (лейкоцитоз, СОЭ – для уточнения степени активности);

БХ крови (креатинин с рСКФ, мочевины, АЛТ/АСТ – для назначения препаратов, коррекция дозы);

Анализ крови на РФ и АЦЦП – установление типа ревматоидного артрита, прогноз заболевания);

Рентгенография пораженных суставов (рентгенологическая стадия, оценка эффективности лечения в динамике);

Консультация ревматолога

#### **ЛЕЧЕНИЕ:**

Отказ от курения;

Лечебная физкультура (желательно под контролем инструктора);

Базисная противовоспалительная терапия: Метотрексат+фолиевая кислота;

НПВС: Целекоксиб по требованию – устранение боли



**12. Напишите пример протокола первичного осмотра терапевтом в приемном отделении пациента с подозрением на системную красную волчанку. Сформулируйте диагноз, назначьте необходимые исследования, дайте рекомендации по лечению и дальнейшему ведению пациента.**

### **ОСМОТР ДЕЖУРНЫМ ВРАЧОМ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

**ФИО** Коюшева Екатерина Алексеевна      **ДАТА** 18.06.2021      **ВРЕМЯ** 12:00

**ПОЛНЫХ ЛЕТ**: 24

**ЖАЛОБЫ**: боль в суставах, красные высыпания на шее, руках, повышение температуры до 38 градусов, выпадение волос.

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**: считает себя больной в течение 2 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи в ответ на инсоляцию. С лета настоящего года после гиперинсоляции (отдыхала на юге) и перегревания появились красные высыпания на шее, руках, выпадение волос. Через две недели после возвращения домой с моря отметила повышение температуры тела до 38 градусов, боль в области суставов кистей и голеностопных суставов, трудности при ходьбе. По месту жительства выставлен диагноз ОРЗ, проводилась терапия антибактериальными препаратами без эффекта. При дополнительном обследовании выявлен белок в моче. Направлена участковым врачом терапевтом в стационар для дальнейшего обследования и лечения. Планово госпитализирована в ГКБ№5.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**: не работает. Хронических заболеваний не имеет. Вредные привычки отрицает. Операции не проводились.

**ЭПИДАНАМНЕЗ**: не отягощен.

**АЛЛЕРГОАНАМНЕЗ**: не отягощен.

**НАСЛЕДСТВЕННЫЙ АНАМНЕЗ**: бабушка по материнской линии болела Ревматоидным артритом.

**ОБЪЕКТИВНО**: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Контакт свободный. Температура тела 37,7 градусов. Телосложение нормостеническое, рост 175 см, масса тела 62 кг, ИМТ 20,2.

Кожный покров: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Видимые слизистые физиологической окраски. На слизистой оболочке рта видны редкие безболезненные язвочки. Влажность кожи в норме. На голове признаки очаговой алопеции в области затылка. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно. Симметричные отеки до нижней трети голени, мягкие, теплые. Лимфатические узлы не увеличены. Припухлость в области II, III пястнофаланговых и II проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов, ограничение движений за счет болей, деформаций нет.

ЧДД 17 в минуту. Пальпация безболезненна. Перкуторный звук ясный легочный над всеми полями. Аускультативно дыхание везикулярное над всеми полями, побочных дыхательных шумов не обнаружено.

ЧСС, P.S 78 ударов/минуту. Артериальное давление на обеих руках – 120/70 мм.рт.ст. Пальпация без патологии. Верхушечный толчок на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии в 5 межреберье. Тоны сердца ритмичны, основные тона не изменены. Шумов нет.

Язык влажный, не обложен. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Физиологические отправления в норме.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:** Системная красная волчанка, подострое течение. Эритема, фотосенсибилизация. Очаговая аллопеция. Полиартрит. Активность после дополнительного обследования.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

ОАК(диагностика анемии, тромбоцитопении, лейкопении)

ОАМ (оценка поражения почек)

БХ (АЛТ/АСТ, Креатинин, СКФ – поражение печени, почек, СРБ-активность воспаления)

Антинуклеарный фактор (диагностика СКВ)

Консультация ревматолога

**ЛЕЧЕНИЕ:**

Диета с ограничением калорийности

Уменьшение пребывания на солнце

Физическая активность

Прием витамина Д и кальция

Глюкокортикостероиды - Преднизолон

Противомалярийный препарат -Гидроксихлорохин

**13. Напишите пример протокола первичного осмотра терапевтом в приемном отделении пациента с подозрением на ХБП. Сформулируйте диагноз, назначьте необходимые исследования, дайте рекомендации по лечению и дальнейшему ведению пациента.**

ФИО: Иванов Иван Иванович

Возраст: 45 лет

Жалобы: на головные боли, головокружения, мелькание мушек перед глазами, учащенное мочеиспускание по ночам(2-3 раза).

Анамнез заболевания: считает себя больным 4 года, когда начали беспокоить вышеперечисленные симптомы, учащенное мочеиспускание по ночам присоединилось полгода назад. При диспансерном наблюдении было выявлено повышение АД 170/100 мм рт.ст.

Анамнез жизни: работает инженером. Хронических заболеваний нет. Операции не проводились.

Эпиданамнез: нет

Наследственность: у матери гипертоническая болезнь

Аллергологический анамнез: нет

Вредные привычки: отрицает

Объективно: Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6 С. Рост 175 см, вес 90 кг. ИМТ 29. Кожные покровы и слизистые нормальной окраски и влажности, чистые. Периферических отеков нет.

ЧД - 19 в минуту. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет.

Левая граница относительной тупости сердца на 2 см снаружи от среднеключичной линии в пятом межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца ясные, акцент II тона над аортой, шумов нет. Ритм сердца правильный. Пульс - 66 в минуту, удовлетворительного наполнения, напряжен. АД - 170/100 мм рт.ст.

Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги.

Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Диагноз: Гипертоническая болезнь 3 стадии, Степень АГ 2. Риск 3(средний).

ХБП С3а А2

План обследования

1. Клинический анализ крови: гемоглобин 110 г/л
2. Биохимический анализ крови: креатинин 130 мкмоль/л
3. Общий анализ мочи: белок - 1,1 г/л, эритроциты - 6-8 в поле зрения, эритроцитарные цилиндры единичные. Суточная протеинурия -150 мг/сут.
4. Проба Зимницкого: дневной диурез 1080 мл, ночной- 1500 мл. Колебания относительной плотности мочи 1008-1016
4. УЗИ почек: уменьшение размеров обеих почек.

Лечение

Диета №7 с ограничением соли(до 5 мг/день), контролем объема жидкости(диурез+500 мл).

Эналаприл 20 мг/сут

Гидрохлортиазид 25 мг 2 р/день

Эпозтин подкожно 1000 ЕД 3 раза/нед

**14. Напишите пример протокола первичного осмотра терапевтом в приемном отделении пациента с подозрением на обострение подагрического артрита. Сформулируйте диагноз, назначьте необходимые исследования, дайте рекомендации по лечению и дальнейшему ведению пациента.**

10.07.2021. 09:10

Осмотр терапевтом в приемном отделении

ФИО: Иванов Иван Иванович

Возраст: 56 лет

**ЖАЛОБЫ:** на припухлость, покраснение и острую боль в первом пальце левой стопы, усиливающуюся при любом движении.

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:** 1 день назад, после употребления алкоголя и жирной пищи, ночью возникла нестерпимая боль в первом пальце левой стопы. Через час появились отек и покраснение данного участка.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:** ВИЧ, сифилис, туберкулез, гепатиты отрицает. Хронические заболевания отрицает. Травмы, операции отрицает.

**АЛЛЕРГОАНАМНЕЗ:** аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает.

**ЭПИДАНАМНЕЗ:** контакты с инфицированными больными за 21 день отрицает.

**НАСЛЕДСТВЕННЫЙ АНАМНЕЗ:** не отягощен.

**ОБЪЕКТИВНЫЙ ОСМОТР:** состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Гиперстенический тип телосложения. Периферических отеков нет. Кожные покровы, видимые слизистые физиологической окраски. Выраженная деформация и гиперемия первого плюснефалангового сустава левой стопы. При пальпации сустав болезненный, горячий на ощупь. Объем движений в данном суставе резко ограничен. Первый плюснефаланговый сустав правой стопы без видимых патологий.

**Органы дыхания:** дыхание везикулярное, проводится во все отделы, патологических шумов нет. ЧДД 18 в мин. **Органы ССС:** тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов нет. Пульс 80 в мин., ЧСС 80 в мин., АД слева, справа 120/80 мм рт.ст. **Пищеварительная система:** язык чистый, влажный. Живот увеличен за счет избыточного развития подкожно-жировой клетчатки. При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не пальпируются. **Мочевыделительная система:** симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. **Дизурических явлений нет.** Стул не нарушен.

**ОБСЛЕДОВАНИЕ:**

- ОАК: лейкоциты  $11 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ 35 мм/ч.
- БХ (через 4 недели – в межприступный период): мочевая кислота 640 мкмоль/л.
- ОАМ: соли – ураты в значительном количестве.
- Рентгенография суставов стопы: единичные эрозии (симптом “пробойника”), сужение суставной щели первого плюснефалангового сустава левой стопы.
- Анализ синовиальной жидкости первого плюснефалангового сустава левой стопы: нейтрофилы с включением игольчатых кристаллов урата натрия.

**ОСНОВНОЙ ДИАГНОЗ:** Острый подагрический артрит I плюснефалангового сустава левой стопы. ФК II.

## ЛЕЧЕНИЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ:

- Соблюдение постельного режима (1-2 дня).
- Для купирования острого приступа подагры – НПВП: нимесулид 100 мг 2р./сут. после еды.
- Колхицин 0,5 мг 2р./сутки – употребление до купирования приступа.
- Ингибитор протонной помпы на время приема НПВП: Рабепразол 20 мг 1р./сут. утром за 15 минут до еды.
- Урикозурические средства: Аллопуринол – начальная доза 50 мг, каждую неделю повышение на 50 мг; до 300 мг.
- Немедикаментозное лечение: гипоуратная диета; отказ от алкоголя. Избегать травм, выраженной дегидратации (бани, сауны), переохлаждений и перегреваний, больших физических нагрузок.

## **15. Напишите пример протокола первичного осмотра терапевтом в приемном отделении пациента с подозрением на аортальный порок сердца. Сформулируйте диагноз, назначьте необходимые исследования, дайте рекомендации по лечению и дальнейшему ведению пациента**

Первичный осмотр врача:

Дата осмотра: 10.07.21

ФИО пациента: Филатова Екатерина Михайловна

Возраст: 59 лет

**Жалобы:** жалуется на сжимающие боли за грудиной, иррадирующую в левую лопатку и нижнюю челюсть, которая возникает при физической нагрузке, сердцебиение, одышку.

**Анамнез:** считает себя больной в течение последних 10 лет, когда начала отмечать снижение толерантности к физической нагрузке. Наблюдались эпизоды головокружения и мелькания мушек перед глазами. Обострение своего состояния отметила сегодня в обед, когда, возвращаясь с магазина, решила пройтись до квартиры по лестнице, в результате чего почувствовала сжимающую боль за грудиной с иррадиацией в левую руку и нижнюю челюсть. Соседи решили вызвать скорую помощь и дали таблетку нитроглицерина под язык, после чего боль стихла. Бригадой СМП была доставлена в приемный покой.

Анамнез жизни.

Развитие в детском и юношеском возрасте: соответственно возрасту.

Семейный анамнез: замужем, взрослые дети.

Гинекологический анамнез: менопауза.

Перенесенные заболевания: нечастые ОРВИ 1-2 раза в год.

Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь II стадии, II степени Риск III.

Венерологические заболевания, болезнь Боткина, психические заболевания, туберкулез у себя и близких родственников отрицает.

Вредные привычки отрицает.

Наследственность неотягощена.

Гемотранфузионный анамнез : переливаний крови не было.

Эпид анамнез без особенностей, контакт с инфекционными больными отрицает.

Трудовой анамнез : стаж работы 30 лет.

**Объективный статус:** Общее состояние средней тяжести.

Сознание ясное. Положение активное.

Выражение лица спокойное.

Питание нормальное. Телосложение гиперстеническое.

Кожные покровы нормальной окраски.

Видимые слизистые бледно-розовые без патологических изменений.

Лимфоузлы не увеличены.

Мышечная система: развита умеренно.

Костно-суставная система: без деформаций

Грудная клетка: нормальная

Органы дыхания: обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. ЧДД 18 в мин.

Перкуторно: ясный легочный звук

Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются

Органы кровообращения: границы относительной тупости сердца: правая по правому краю грудины, верхняя 3 ребро, левая на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Тоны сердца приглушены, ритм правильный, выслушивается систолический шум в 4 точке аускультации, который проводится вдоль сонных артерий.

АД 138/90 мм рт. ст.; ЧСС-82 в мин. Сатурация 98%

Органы пищеварения: язык чистый, влажный.

Живот мягкий, безболезненный.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный.

Органы мочевого выделения: почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез не нарушен.

Нервная система: ЧМН без особенностей. Менингеальных знаков нет. Сухожильные рефлексы.

### **Основной диагноз:**

Стеноз устья аорты.

### **План обследования:**

- ОАК
- ОАМ
- Б/х крови
- Коагулограмма
- ИФА и ПЦР на гепатиты и бледную трепонему
- ЭКГ
- Эхо-КГ

**ПЛАН ВЕДЕНИЯ:** при подтверждении диагноза Аортальный стеноз необходимо провести комплексное лечение (немедикаментозное, медикаментозное и хирургическое).

Немедикаментозное лечение: исключение интенсивных или длительных динамических и статических нагрузок, нахождение в неблагоприятных климатических условиях.

Медикаментозное лечение. Предупреждение осложнений: Антиагреганты группы неселективных ингибиторов ЦОГ.

.Rp.: Acidi acetylsalicylici 0.1 .D.t.d. N. 30 in tabulettis. 6.Signa. 1 таблетку 1 раз в день.

$\beta$ -Адреноблокаторы

Rp.: Bisoprolol 0.005.t.d. N. 30 in tabulettis.. По 1 таблетке 1 раз в день утром до еды.

Ингибиторы АПФ.

Rp.: Lisinopril 0.01, D.t.d. N. 30 in tabulettis 17.Signa. По 1 таблетке 1 раз в день утром.

Купирование и предупреждения приступа стенокардии.

Антиангинальные средства.

Рр.: Nitroglycerini 0.0005 D.t.d. N. 20 in tabulettis. Signa. По 1 таблетке под язык во время приступа стенокардии, если приступ не купируется, то повторять приём через 5 минут, в течение 15 минут.

Хирургическое лечение. Протезирование клапана аорты.

**16. Напишите пример первичного осмотра терапевтом в приемном отделении пациента с хронической сердечной недостаточностью у больного с ревматическим пороком сердца. Сформулируйте диагноз, назначьте необходимые исследования, дайте рекомендации по лечению и дальнейшему ведению пациента.**

Больная: Дьяконова Александра Сергеевна, 28 лет

Жалобы:

Одышка при физических нагрузках, ощущение сердцебиения, перебоев в работе сердца, быстрая утомляемость, отеки голеней и стоп, давящие боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, охриплость голоса.

Анамнез:

Считает себя больной с 18 лет, когда после перенесенной ангины заболели и опухли коленные суставы. Находилась на стационарном лечении по поводу острой ревматической лихорадки. После проведенного лечения жалоб не предъявляла. 5 лет назад возникли жалобы на одышку при физических нагрузках, давящие боли в области сердца, учащенное сердцебиение. К врачу не обращалась. В последнее время отмечает значительное ухудшение состояния, по поводу чего и обратилась к врачу.

Общий осмотр:

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, температура тела 36,5. Телосложение: нормостеник. Рост 167, вес 53 кг. Кожные покровы бледные, высыпаний нет, отмечается «митральный румянец». Кожа сухая, эластичность в норме. ПЖК развита слабо. Суставы нормальной конфигурации, движения безболезненны.

Система органов дыхания: дыхание свободное, число дыхательных движений 18 в минуту. При пальпации грудная клетка безболезненная, эластичная. Голосовое дрожание проводится одинаково на симметричных участках. При перкуссии звук ясный легочный. При аускультации дыхание везикулярное.

Система органов кровообращения: грудная клетка над областью сердца не деформирована. При пальпации определяется диастолическое дрожание в области верхушки сердца. Аускультативно выслушивается тон открытия митрального клапана над верхушкой. Границы сердца расширены вправо. АД 130/87. ЧСС 120 ударов в минуту.

Система органов пищеварения: язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Мочеполовая система: симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное, диурез 1,5л в сутки.



Предварительный диагноз:

Основное заболевание: ревматическая болезнь сердца, стеноз митрального клапана.

Осложнения основного заболевания: ХСН IIa, ФК II.

План обследования:

Общий анализ крови

Общий анализ мочи

Биохимический анализ крови (СРБ, АСТ, АЛТ, глюкоза, билирубин, мочеви́на, белок)

Ревматоидный фактор

ЭКГ (гипертрофия ЛП и ПЖ, отклонение ЭОС вправо, широкий зубец Р)

ФКГ (тон открытия митрального клапана)

Рентгенография органов грудной клетки (расширение границ сердца вверх и вправо – митральная конфигурация)

ЭХО-КГ (стеноз митрального клапана, площадь митрального отверстия  $1 \text{ см}^2$ )

Рекомендации по лечению:

Рекомендована операция – митральная комиссуротомия.

Лечение ХСН:

Эналаприл 10 мг 2 раза в день до еды

Бисопролол 10 мг 1 раз в сутки

Фуросемид 40 мг 1 раз в сутки

**17. Напишите пример протокола первичного осмотра терапевтом в приемном отделении пациента с подозрением на митральный порок сердца. Сформулируйте диагноз, назначьте необходимые исследования, дайте рекомендации по лечению и дальнейшему ведению пациента**

**ФИО:** Смирнова Любовь Петровна

**Возраст:** 35 лет

**Пол:** женский

**Дата:** 08.07.2021 **Время:** 8:00

**Жалобы:** на одышку, учащенное неритмичное сердцебиение, дискомфорт в области сердца, осиплость голоса.

**Анамнез заболевания:** С детства подвержена частым ангинам. Дискомфорт в области сердца начал беспокоить с 15 лет, после того как была диагностирована острая ревматическая лихорадка. Со слов больной, подростковый врач при аускультации сердца выслушивал шумы. Вторичную профилактику бензатинбензилпенициллином получала не регулярно. Последние 2-3 года стала беспокоить одышка при умеренных физических нагрузках, примерно в это же время появилась осиплость голоса. 2 часа назад во время утренней пробежки появилось учащенное неритмичное сердцебиение с одышкой, в связи с чем вызвала СМП и была госпитализирована в стационар. Подобный приступ наблюдался около месяца назад и купировался самостоятельно в течение нескольких минут после отдыха.

**Анамнез жизни:** родилась и проживает в Москве, единственный ребенок в семье. В росте и развитии не отставала от сверстников. Трудовой анамнез: работает менеджером в офисе. Бытовой анамнез: проживает в квартире со всеми удобствами, пребывание в зонах экологических бедствий отрицает. Питание: с соблюдением режима, трехразовое, разнообразное, умеренно калорийное. Аллергологический анамнез неотягощен. Наследственность неотягощена. Эпидемиологический анамнез неотягощен, контакты с инфекционными больными за последние 21 день отрицает, из Москвы не выезжала. Перенесенные заболевания: частые ангины в детстве. Перенесенные операции, травмы, гемотрансфузии отрицает. Туберкулез, гепатиты В, С, ВИЧ, сифилис отрицает. Вредные привычки: курение, употребление алкоголя, наркотиков, токсикоманию отрицает.

**Объективный статус:** состояние средней степени тяжести, больная встревожена. Температура тела 36,6°C. Телосложение нормостеническое. Рост 172 см, вес 56 кг. Кожа и видимые слизистые бледные, чистые, повышенной влажности. На фоне бледной кожи лица определяется очерченный румянец щек, цианоз губ и кончика носа. ПЖК развита умеренно, распределена равномерно, периферических отеков нет. Костно-мышечная система без видимой патологии

**Система органов дыхания:** дыхание через нос свободное. Отделяемого из носа нет. Грудная клетка нормостеническая, участвует в дыхании симметрично, при пальпации безболезненна. Притупление перкуторного звука в нижних отделах легких по задней поверхности. Аускультативно дыхание везикулярное, в нижних отделах по задней поверхности выслушиваются влажные хрипы. ЧДД 24/мин

**Система органов кровообращения:** тоны сердца аритмичные, приглушенные, ЧСС 140 в минуту, систоло-диастолический шум на верхушке сердца и в точке Боткина, акцент второго тона над легочной артерией. Пульс на лучевых артериях аритмичный, 120 в минуту. АД 120/80 мм рт.ст.

**Система органов пищеварения:** Язык розовый, влажный, без налета. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный во всех отделах. Нижний край печени пальпируется по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

**Система органов мочеполовой системы:** мочеиспускание свободное, безболезненное. Гиперемии, сглаженности, припухлости контуров поясничной области нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

### **Предварительный диагноз:**

Основное заболевание: Хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием комбинированного митрального порока сердца (недостаточность и стеноз)

Осложнения: Пароксизмальная мерцательная аритмия, тахиформа. ХСН IIa, II ФК по NYHA.

**План обследования:**

1. Клинический анализ крови
2. Биохимический анализ крови
3. Коагулограмма
4. Общий анализ мочи
5. RW, ВИЧ, скрининг на гепатиты В,С
6. Группа крови и резус фактор
7. ЭКГ
8. Допплеровская эхокардиография
9. Консультация кардиохирурга по поводу возможного хирургического лечения

**Лечение:**

1. Дигоксин 0,25 мг/сутки
2. Бисопролол 5 мг/сутки
3. Аспирин 100 мг/сутки
4. Вторичная профилактика- бензатинбензилпенициллин 2,4 млн Ед каждые 3-4 недели

**18. Напишите пример протокола первичного осмотра терапевтом в приемном отделении пациента с хронической сердечной недостаточностью у больного с ревматическим пороком сердца.**

ФИО: Сидоров Петр Иванович

Возраст: 39 лет

Жалобы: жалобы на одышку, сердцебиение, кашель

Анамнез заболевания: Небольшую одышку и периодические сердцебиения отмечает в течение 5 лет. Около недели назад заболел ангиной с появлением высокой температуры, кашля. Анамнез жизни: В подростковом возрасте были частые ангины, на фоне которых беспокоили боли в крупных суставах. Наблюдался у врача-невролога по поводу хорей

Эпиданамнез: нет

Наследственность: неотягощена

Аллергологический анамнез: нет

Вредные привычки: отрицает

Объективно: ортопноэ, акроцианоз, ЧДД - 28 в минуту, отёки нижних конечностей, приподнимающий верхушечный толчок. Пульс слабого наполнения, аритмичен, 96 ударов в минуту. ЧСС по данным аускультации - 110 в минуту. Артериальное давление - 100/60 мм рт. ст., температура тела - 37,4 °С. Печень увеличена, слегка болезненна при пальпации. При перкуссии сердце увеличено влево и вправо. В нижних отделах лёгких мелкопузырчатые хрипы. При аускультации сердца – аритмия с отсутствием периодов правильного ритма. На верхушке трёхчленная мелодия с низким глухим дополнительным компонентом, акцент II тона на лёгочной артерии. Трёхчленная мелодия выслушивается в точке Боткина. Систолический и протодиастолический шум на верхушке. Систолический шум на верхушке усиливается на выдохе, проводится в аксиллярную область.

Диагноз: Хроническая ревматическая болезнь сердца, активная фаза, активность II ст. Рецидивирующий ревмокардит. Комбинированный митральный порок сердца: стеноз и недостаточность митрального клапана. Хроническая сердечная недостаточность IIБ стадии IV функционального класса. Сердечная астма.

План обследования:

выявить наличие стрептококковой инфекции – мазок из зева на бактериологическое исследование, определение титра АСЛ-О в сыворотке крови;

+определить характер органического поражения митрального клапана, оценить степень митрального стеноза и митральной недостаточности. Оценить характер ремоделирования левого желудочка, левого предсердия, правого желудочка и правого предсердия методом трансторакальной эхокардиографии. Исключить наличие тромбов в предсердиях методом чреспищеводной эхокардиографии. Выполнить рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

Лечение:

Антибактериальная терапия. Нестероидные противовоспалительные средства. Для контроля ЧЖС – Дигоксин. При снижении фракции выброса – Бисопролол или Карведилол, Спиринолактон, ингибиторы АПФ (Эналаприл или Лизиноприл), петлевой диуретик (Торасемид или Фуросемид). Для купирования сердечной астмы – внутривенное введение нитратов.

Консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга. Хирургическое лечение – протезирование митрального клапана – показано после стихания активности ревматического процесса и уменьшения степени недостаточности кровообращения.

**19. Напишите пример протокола первичного осмотра терапевтом в приемном отделении пациента с железодефицитной анемией. Сформулируйте диагноз, назначьте необходимые исследования, дайте рекомендации по лечению и дальнейшему ведению пациента**

**ФИО** Апина Альфия Артемовна

**ДАТА** 09.07.2021 **ВРЕМЯ** 11:00

**ДАТА РОЖДЕНИЯ:** 14.02.1992 (29 лет)

**ЖАЛОБЫ:** На выраженную бледность кожных покровов; быструю утомляемость, слабость; колющие боли в области сердца, появляющиеся в дневное время, самостоятельно проходящие; умеренные боли в области желудка, правого подреберья появляющиеся спустя 30 минут после еды, не иррадируют, проходят самостоятельно. Извращение аппетита, отвращение к мясу.

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:** Считает себя больной в течение полугода. Около года назад стала вегетарианкой, похудела на 5 кг. В январе 2021 года стала отмечать повышенную утомляемость, частые носовые кровотечения, раздражительность, головную боль, беспокойный сон. После обращения к участковому терапевту было дано направление на общий анализ крови, в котором впервые обнаружили снижение уровня гемоглобина. По поводу чего было рекомендовано лечение в условиях стационара. От госпитализации отказалась, лечение получала амбулаторно: Феррум Лек. После курса лечения, общее состояние улучшилось.

В июле 2021 возобновились жалобы на бледность кожных покровов; быструю утомляемость, слабость; колющие боли в области сердца, появляющиеся в дневное время, самостоятельно проходящие; умеренные боли в области желудка, правого подреберья появляющиеся спустя 30 минут после еды, не иррадируют, проходят самостоятельно. Извращение аппетита, отвращение к мясу.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:** работает учителем младших классов. Хронических заболеваний нет. Операции не проводились.

**ЭПИДАНАМНЕЗ:** не отягощен.

**АЛЛЕРГОАНАМНЕЗ:** не отягощен.

**НАСЛЕДСТВЕННЫЙ АНАМНЕЗ:** Отец скончался на 65 году жизни от инфаркта миокарда.

### **ОБЪЕКТИВНЫЙ ОСМОТР:**

Общее состояние: средней степени тяжести за счет анемического и болевого синдромов, сознание ясное, положение активное, поведение адекватное, самочувствие удовлетворительное.

Телосложение пропорциональное.

Нервная система: Настроение ровное. Сон не нарушен. Глазные щели, зрачки симметричны. Косоглазие, нистагм, менингеальные симптомы отсутствуют.

Кожа бледная, высыпаний, расчесов, шелушений нет. Влажность кожи умеренная, эластичность сохранена. Волосистая часть головы без облысений, волосы тусклые, ломкие. Ногти овальной формы, ломкие. Дермографизм белый не разлитой, время появления - сразу, исчезает через -10 сек. Симптом синих склер.

Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Костно-мышечная система без патологии.

ЧДД=18 в минуту. Дыхание ровное. Вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Цианоз носогубного треугольника, параорбитальный цианоз. Экскурсия грудной клетки в

полном объеме. При пальпации грудная клетка безболезненна, эластичная, голосовое дрожание на симметричных участках проводится одинаково. При сравнительной перкуссии над всей легочной поверхностью выслушивается ясный лёгочный звук.

ЧСС, P.S -100 ударов/минуту. Артериальное давление на обеих руках – 120/80 мм.рт.ст. В области сердца деформаций грудной клетки нет, патологической пульсации сонных артерий, набухание яремных вен не выявлено. Верхушечный толчок локализуется в V межреберье на 0,5 см кнутри от среднеключичной линии, площадь 2\*2 см, умеренной силы. Патологическая пульсация в области сердца, систолическое и пресистолическое дрожание не выявлено.

Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Физиологические отправления в норме.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:** Хроническая железодефицитная анемия алиментарного генеза в стадии обострения.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

1. Общий анализ крови
2. Анализ крови на RW
3. Общий анализ мочи
4. Анализ крови на сахар
5. Кал на яйца гельминтов
6. Соскоб на энтеробиоз
7. Биохимический анализ крови:
  - \*исследование сывороточного железа
  - \*общей железосвязывающей способности сыворотки крови
  - \*латентная железосвязывающая способности сыворотки крови
  - \* билирубин, АсАт, АлАт,
8. Рентгенография ОГК
9. ЭКГ
10. ФГДС
11. Анализ кала на скрытую кровь

## 12. Консультация окулиста

### ЛЕЧЕНИЕ:

#### 1. Режим - палатный

Цель - улучшить всасывание и утилизацию питательных веществ, стимулировать обменные процессы.

2. Диета № 11 Питание должно быть разнообразным, должно содержать продукты, богатые железом, белком, витаминами, микроэлементами. Вещества необходимые для кроветворения: мясо, рыба, сыр, молоко, яйца. Кулинарная обработка обычная. Пищу принимать 5 раз в день.

#### 3. Феррум Лек -в/в 1р/д

4. Центрум 1 таб/д внутрь. Витаминный комплекс для ликвидации алиментарного дефицита витаминов.

#### 5. Almagel A 1ч.л. 3р/д через 30мин после еды

Антацидное, обволакивающее, адсорбирующее действие

#### 6. Ranitidine 0,15г 1табл. на ночь

Блокатор H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов

#### 7. Motilium 0,01г 1табл. 3р/д за 20мин до еды

Блокирует периферические и центральные (в триггерной зоне головного мозга) дофаминовые рецепторы, устраняет ингибирующее влияние дофамина на моторную функцию ЖКТ и повышает эвакуаторную и двигательную активность желудка.

**20. Напишите пример протокола первичного осмотра терапевтом в приемном отделении пациента с подозрением на В-12 дефицитную анемию. Сформулируйте диагноз, назначьте необходимые исследования, дайте рекомендации по лечению и дальнейшему ведению пациента.**

Первичный осмотр врача:

Дата осмотра:

Ф.И.О.- \_\_\_\_\_ .Возраст - 71 года

Жалобы

На повышенную утомляемость, постоянную слабость при ходьбе, нарушение концентрации внимания, сильное головокружение, снижение аппетита, дискомфорт в эпигастрии, чувство покалывания в конечностях, ноги ватные.

История заболевания (Anamnesis morbi)

Считает себя больным примерно в течение 2-х месяцев, когда впервые появились жалобы на: повышенную утомляемость, постоянную слабость при ходьбе, нарушение концентрации внимания, сильное головокружение, похудение, снижение аппетита, дискомфорт в эпигастрии, чувство покалывания в конечностях, ноги ватные, было трудно ходить. С жалобами не куда не обращался, лечение не проходил. Впервые был доставлен в терапевтическое отделение, где был обследован и направлен на лечение.

Настоящее состояние (Status presents communis)

Общий осмотр

Общее состояние: удовлетворительное. Сознание: ясное Положение больного: активное.

Телосложение: пропорциональное Конституция: нормостеническая.

Рост: 165см.

Масса: 65 кг

Температура тела: 36.5 С на момент поступления.

Анамнез жизни: пенсионер. Хронических заболеваний нет. Операции не проводились.

Эпиданамнез: нет

Наследственность: не отягощена

Аллергологический анамнез: нет

Вредные привычки: отрицает

Общий осмотр

Кожные покровы: желтушного цвета, эластичность кожи снижена, кожа сухая, сыпи отсутствуют.

Подкожная клетчатка: развита нормально, толщина складки в подключичной области 0.5 см, отеков нет.

Лимфатические узлы: пальпируются подчелюстные лимфатические узлы, безболезненные, подвижные, эластичной консистенции. Затылочные, шейные, над- и подключичные, локтевые, подмышечные, подколенные, паховые лимфатические узлы не пальпируются.

-Язык: больной свободно высовывает язык, цвет красный «лаковый», без налёта и трещин, влажный.

-Миндалины: правильной формы, не выступают за нёбные дужки.

Исследование органов дыхания

Форма грудной клетки: правильная, симметрична, межреберные промежутки не расширены.

Эскурсия обеих половин грудной клетки равномерна.



Тип дыхания: смешанный.

Частота дыхания: 18 в минуту.

Пальпация грудной клетки

Определение эластичности: эластична

Болезненность: безболезненна.

Голосовое дрожание: одинаково на всех симметричных участках, не изменено.

Ощущение трения плевры при пальпации нет.

Сравнительная перкуссия легких

Выслушивается ясный легочной звук во всех девяти парах точек.

Аускультация легких

Во всех девяти парных точках выслушивается дыхание везикулярное, побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

Бронхофония: проводится одинаково на симметричных участках.

Исследование органов кровообращения

Осмотр

Деформации в области сердца и ограниченных выпячиваний грудной клетки нет.

Пульсация верхушечного толчка и сердечного толчка не обнаружено. Отрицательного верхушечного толчка нет.

Пульсация во внесердечной области: «пляска каротид», пульсация шейных вен, в яремной ямке, эпигастральная пульсация, пульс Квинке отсутствует.

Пальпация

Верхушечный толчок: в 5 межреберье на 1.5 см левее среднеключичной линии, ширина 2 см., ослабленный.

Аускультация

Тоны и их характеристика

-сила: ослабление тонов сердца.

-частота: нормокордия.

-ритм: правильный.

-раздвоения и расщепления тонов не выслушивается.

АД - 120/80 мм.рт.ст.

Внутрисердечные шумы не выслушиваются.

Внесердечные шумы: шум трения перикарда и плевроперикардальный шум не выслушиваются.

Исследование органов брюшной полости

Живот симметричный. Видимой перистальтики нет. Подкожные венозные анастомозы отсутствуют.

Окружность живота 73 см.

Пальпация

Поверхностная пальпация: живот мягкий, безболезненный, напряжение брюшной стенки нет.. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Опухолевых образований не обнаружено.

Пальпация печени: пальпируется передне-нижний край печени на уровне реберной дуги – закругленный, поверхность эластичная.

Пальпация желчного пузыря: желчный пузырь не пальпируется. Симптом Курвуазье, Френикус феномен и симптом Образцова-Мерфи – отрицательные.

Пальпация селезёнка: селезёнка не пальпируется.

Исследование органов мочевого выделения

Припухлостей, отёков, покраснений в поясничной области нет.

Почки пальпируются в положении стоя по Боткину и в горизонтальном положении. Пальпация почек безболезненна, почки подвижны, опущения почек нет.

Перкуссия

Поколачивание по поясничной области безболезненно.

Предварительный диагноз и его обоснование

На основании жалоб больного: На повышенную утомляемость, постоянную слабость при ходьбе, нарушение концентрации внимания, сильное головокружение, снижение аппетита, похудание, дискомфорт в области эпигастрия. Данных анамнеза заболевания: заболевание развивалось в течении 2-х месяцев с постепенным присоединением симптомов. Данных анамнеза жизни: наличие хронического заболевания(ИБС). Объективные данные: ЧСС=80 уд./мин., бледно-желтый цвет кожных покровов, одышка.

можно предположить диагноз: В12 - дефицитная анемия тяжелой степени. План дополнительных методов исследования

Лабораторные исследования

Общий анализ крови: можно обнаружить снижение гемоглобина, уменьшение содержания гемоглобина в эритроцитах, гипохромию, микроцитоз и анизоцитоз эритроцитов, снижение гематокрита, увеличение СОЭ, цветовой показатель, ретикулоциты.

Общий анализ мочи: Изменений не должно быть.

Биохимический анализ крови.

Кал на скрытую кровь.

Инструментальные методы

Фиброгастродуоденоскопия: нарушения ЖКТ.

ЭКГ: выявление сопутствующих нарушений.

Стернальная пункция: для обнаружения мегалобластов.

Клинический диагноз

На основании данных общего анализа крови: гемоглобин 44 г/л можно подтвердить наличие анемии. Исходя из биохимического анализа крови:, мегалобласты 37,5 % ,встречаются эритроциты с тельцами Жолли можно утверждать, что это В12- дефицитная анемия. Учитывая процент содержание мегалобластов и объективные данные: одышка, бледно-желтый цвет кожных покровов, ЧСС=80 уд/мин., можно поставить тяжелую степень.

В12- дефицитная анемия тяжелой степени тяжести.

План лечения

Цель лечения: повышение гемоглобина, насыщение организма цианокобаламином.

1. Диета: рекомендовано употреблять в пищу продукты богатые витамином В12: печень, гречневая крупа, злаковые продукты.
2. Препараты :Цианокобаламин в\м в дозе 1000 мкг в день постановки диагноза,затем ежедневно в дозе 300 мкг 1 раз в день. Через 1.5 мес – 25 дней в дозе 200 мкг\сут в месяц постановки диагноза ежегодно пожизненно . Фолиевая кислота 5 мг\сут в течение месяца.
3. Общеукрепляющая терапия.

## **21. Напишите протокол оказания неотложной помощи пациенту с пароксизмом фибрилляции предсердий.**

Пароксизм фибрилляции предсердий (ФП) — приступ хаотической электрической активности предсердий с частотой 300–700 сокращений в 1 минуту и нерегулярностью ритма желудочков.

На ЭКГ: множественные волны f, постоянно меняющиеся по амплитуде и конфигурации при абсолютной нерегулярности интервалов R-R. Пароксизмальная форма ФП характеризуется

возможностью восстановления синусового ритма самостоятельно, с помощью медикаментозной или электрической кардиоверсии.

При ЧСЖ более 120 в 1 минуту и продолжительности пароксизма менее 2 суток возможна попытка восстановления сердечного ритма в/в введением прокаинамида (новокаинамид) или амиодарона (кордарон), выбор препарата определяется опытом его применения у конкретного больного и оснащением бригады СМП: — прокаинамид 10% 5–10 мл в/в (медленно, под контролем ЧСЖ и АД), при ЧСЖ более 170 в 1 минуту введению прокаинамида должно предшествовать в/в введение верапамила (изоптин) 0,25% 2 мл (верапамил противопоказан при развитии пароксизма ФП на фоне WPW-синдрома!). Для предупреждения дополнительного («лекарственного») снижения АД при введении прокаинамида целесообразно предварительное медленное в/в введение мезатона 1% 0,1— 0,3 мл в 0,9% растворе натрия хлорида. — амиодарон (кордарон) 300–450 мг (5% 6—9 мл) в/в. При ЧСЖ менее 120 в минуту и продолжительности пароксизма менее 2 суток антиаритмическая терапия на этапе СМП не проводится. При ЧСЖ более 120 в 1 минуту продолжительности пароксизма более 2 суток: — верапамил (изоптин) 0,25% 2– 4 мл в/в (при отсутствии признаков недостаточности кровообращения) или дигоксин 0,025% 1– 2 мл в/в (при наличии признаков недостаточности кровообращения); — АСК 250 мг внутрь (предварительно разжевать); — гепарин 5.000 Ед. в/в.

## **22. Напишите протокол оказания неотложной помощи пациенту с острой левожелудочковой недостаточностью.**

ОЛЖН — острое снижение насосной функции левого желудочка до такого уровня, который не обеспечивает должного кровоснабжения органов большого круга и/или сопровождается застоем крови в малом круге с развитием легочной гипертензии, отека легких и артериальной гипоксемии.

1. Придать больному положение полусидя с опущенными ногами (при отсутствии выраженного снижения АД).

2. Оксигенотерапия (кислород 40—50 об%).

3. Коррекция АД в зависимости от его уровня:

— АДсист более 100 мм рт. ст. --- > нитраты (нитроглицерин, изосорбида динитрат);

— АД сист 90—100 мм рт. ст. . --- > нитраты + дофамин (или добутамин);

— АДсист менее 90 мм рт. ст. . --- > дофамин.

4. При АДсист более 100 мм рт. ст. фуросемид (лазикс) 1% 4 мл в/в, при отсутствии мочеиспускания повторить в той же дозе через 15—20 минут.

5. При АДсист более 100 мм рт. ст. с целью снижения возбудимости дыхательного центра и седации больного: морфин 1%по 0,2—0,5 мл (2—5 мг) каждые 10—25 минут до улучшения состояния больного или общей дозы 1 мл 1% раствора (10 мг). Морфин вводится с учетом противопоказаний под контролем ЧД!

6. Пеногашение (с целью уменьшения объема пены в альвеолах): 30% этиловый спирт ингаляционно в сочетании с кислородом.

7. При развитии тахикардии применение антиаритмических средств показано только в том случае, если ОЛЖН является следствием тахикардии, а не наоборот, когда тахикардия является компенсаторной реакцией на нарастающую гипоксию

### **23. Напишите протокол оказания неотложной помощи пациенту с гипертоническим кризом.**

В первую очередь необходимо определить, осложненный или неосложненный гипертонический криз.

Симптомы **неосложненного**:

- 1) для *нейровегетативной* формы это повышение систолического и пульсового АД, внезапное начало, мушки перед глазами, тахикардия, гиперемия и влажность кожных покровов, выделение в конце криза большого количества светлой мочи.
- 2) для *водно-солевой* формы это преимущественное повышение диастолического давления с уменьшением пульсового, сонливость, головная боль, слабость в конечностях, бледность, тошнота и рвота.
- 3) для *судорожной* формы это резкое повышение систолического и диастолического давления, психомоторное возбуждение, тяжелое расстройство зрения и клонико-тонические судороги.

Симптомы **осложненного**: индивидуально высокий уровень артериального давления (диастолическое артериальное давление превышает 120-130 мм.рт.ст.), поражение ЦНС - энцефалопатия с общемозговой симптоматикой, нейровегетативные расстройства (жажда, сухость во рту, ощущение внутренней дрожи, сердцебиение, ознобоподобный тремор, гипергидроз), кардиальная дисфункция различной степени выраженности с субъективными и объективными проявлениями; выраженные офтальмологические признаки, нарушение функции почек.

Для **диагностики**: оценка сознания, оценка дыхания, осмотр с оценкой положения и цвета, и влажности кожных покровов, отеков, исследование пульса, измерение ЧСС (тахикардия, брадикардия), измерение АД на обеих руках каждые 15-30 мин, перкуссия: наличие увеличения границ относительной сердечной тупости влево, пальпация: оценка верхушечного толчка, его локализации, аускультация сердца: оценка тонов, наличие шумов, акцента и расщепления II тона над аортой., аускультация аорты, легких, оценка неврологического статуса, ЭКГ в 12 отведениях.

**Помощь при неосложненном гипертоническом кризе:**

- положение больного – лежа с приподнятым головным концом;
- контроль ЧСС, АД каждые 15 минут;
- снижение АД постепенное на 15-25% от исходного или  $\leq 160/110$  мм рт.ст. в течение 12-24 часов;
- применяют пероральные гипотензивные лекарственные средства (начинают с одного препарата): нифедипин, каптоприл, пропранолол, бисопролол, метопролол);
- снижение и стабилизация периферического сопротивления сосудистого русла головного мозга – винкамин 30 мг.

**При сочетании повышенного систолического артериального давления и тахикардии:**

- пропранолол (неселективный  $\beta$ -адреноблокатор) – внутрь 10-40 мг;
- клонидин (препарат центрального действия) – под язык 0,075-0,150 мг.

**Осложненный гипертонический криз:**

- санация дыхательных путей;
- оксигенотерапия;
- венозный доступ;
- лечение развившихся осложнений и дифференцированный подход к выбору гипотензивных препаратов;
- антигипертензивную терапию проводят парентеральными препаратами; снижение АД быстрое

(на 15-20% от исходного в течение часа, затем за 2-6 часов до 160 и 100 мм рт.ст.(возможен переход на пероральные лекарственные средства).

При осложнении *ОЛСЖН, гипертензивной энцефалопатией, ОНМК* - эналаприлат, *острым инфарктом миокарда или острым коронарным синдромом, острым расслоением аорты или разрывом аневризмы аорты* - нитроглицерин, пропранолол, морфин.

#### **24. Напишите протокол оказания неотложной помощи пациенту с затянувшимся приступом стенокардии.**

На первом этапе необходимо осуществить осмотр пациента с установлением признаков развившегося приступа стенокардии:

Пациент предъявляет жалобы на чувство стеснения или жжения в грудной клетке, боль носит давящий либо сжимающий характер, локализована за грудиной с типичной иррадиацией – в левую руку, шею, область левой половины нижней челюсти, левую часть спины. Настоящее состояние было спровоцировано физической нагрузкой, эмоциональным стрессом либо приемом большого количества пищи. Приступ стенокардии признаётся «затянувшимся», если не проходит в течение 15 минут.

При установлении диагноза затянувшегося приступа стенокардии необходимо в первую очередь купировать приступ.

Купирование приступа:

А) Немедикаментозные методы - обеспечить пациенту физический и эмоциональный покой, доступ свежего воздуха, расстегнуть стесняющую одежду, строгий постельный режим. Постоянно контролировать пульс и артериальное давление.

Б) Медикаментозные методы – при артериальном давлении выше 100 мм рт.ст. терапию необходимо начать с нитроглицерина 0,0005 г сублингвально. При неэффективности приема одной таблетке и хорошей переносимости препарата возможно принять до 3 таблеток нитроглицерина суммарно с интервалом 3-5 мин (под контролем АД, не допуская значительного снижения в результате венодилатации).

При затянувшемся приступе необходимо обеспечить непрерывную инфузию растворов изосорбита динитрата, глицерил тринитрата – 10 мл 0,1% раствора в 200 мл раствора 0,9% хлорида натрия внутривенно капельно под контролем АД (прекратить инфузию при снижении АД до 90 мм рт.ст.)

Обеспечивают непрерывную подачу кислорода.

При продолжающихся сильных ангинозных болях применяют наркотические анальгетики – морфин 1 мл 1% раствора в 20 мл 0,9 % раствора хлорида натрия внутривенно дробно до достижения анальгетического эффекта. Следить за состоянием пациента, немедленно прекратить инфузию при появлении побочных эффектов – тошноты, рвоты, гипотензии, угнетения сознания.

Обязательно произвести инструментальные (ЭКГ, ЭхоКГ) и лабораторные исследования (определение уровня миоглобина, тропонинов) для исключения острого органического поражения миокарда – инфаркта миокарда вследствие продолжающейся ишемии.

## **25. Напишите протокол оказания неотложной помощи пациенту с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.**

В первую очередь нам нужно определить, что это именно инфаркт миокарда.

Пациент пожалуется на боль/дискомфорт за грудиной длительностью более 20 мин, не купирующиеся приемом нитроглицерина. Могут быть и нетипичные симптомы, такие как тошнота, рвота, одышка, слабость, сердцебиение. В анамнезе будет ИБС.

При осмотре исключим сердечно-сосудистые заболевания неишемической природы и внесердечные заболевания.

Будут повышены такие лабораторные показатели, как КФК, тропонины, миоглобин.

На ЭКГ будет виден подъем сегмента ST в соответствующих повреждению отведениях (на ЭКГ не менее чем в двух смежных отведениях или остро возникшей блокадой левой ножки пучка Гиса);

При ЭХО выявится регионарное нарушение сократимости стенки миокарда.

*Догоспитальная помощь:*

- Помощь занять больному полусидячее положение;
- дать разжевать АСК (160-325 мг) + клопигрель (300 мг);
- дать 1 таблетку нитроглицерина (следующая доза через 10-15 мин под контролем АД);
- после налаживания внутривенного доступа обезболить - морфин в/в медленно 4-8 мг (начальная доза), при необходимости введение повторяют по 2 мг каждые 5-10 мин до исчезновения боли;
- если нет противопоказаний, тромболитики (стрептокиназа 1.5.млн ЕД);
- в/в бетаблокаторы (если нет противопоказаний) и нитраты;
- кислородотерапия.

*Помощь на госпитальном этапе:*

- 1) контроль всех жизненных показателей;
- 2) разрушение тромба:
  - или тромболитики, если прошло не больше 6-12 часов после начала приступа (медикаментозное разрушение тромба);
  - или первичная баллонная ангиопластика и стентирование сосудов (механическое разрушение тромба);
- 3) антиагрегантная терапия: АСК неопределенно долго 75-160 мг 1 р/сут; клопидогрель 75 мг 1 р/сут в течение 9-12 месяцев);
- 4) гепарин при наличии показаний (обширный или передний ИМ, выраженное снижение сократительной функции левого желудочка или СН, тромб в полости ЛЖ, предшествующие эпизоды артериальной тромбоэмболии, фибрилляция предсердий);
- 5) бета-блокаторы, нитраты, иАПФ (ограничение зоны некроза и уменьшение частоты осложнений);
- 6) блокаторы кальциевых каналов при наличии противопоказаний к бета-блокаторам;
- 7) статины (если показатели липидного обмена не в пределах нормы);
- 8) постельный режим, питание частое, дробное с малым количеством животных жиров.

## **26. Напишите протокол оказания неотложной помощи пациенту с кардиогенным шоком.**

Немедикаментозное лечение: не предусмотрено.

Медикаментозное лечение (см. приложение табл 1.):

- Инфузия жидкости (NaCl или раствор Рингера >200 мл/15–30 мин) рекомендована как терапия первой линии при отсутствии признаков гиперволемии.

· С инотропной целью (для повышения сердечного выброса) применяются добутамин и левосимендан (применение левосимендана особенно показано при развитии КШ у больных с ХСН, принимающих β-адреноблокаторы). Инфузия добутамина проводится в дозе 2–20 мг/кг/мин. Левосимендан можно ввести в дозе 12 мкг/кг в течение 10 мин., затем инфузия 0,1 мг/кг/мин, со снижением дозы до 0,05 или увеличением при неэффективности до 0,2 мг/кг/мин. При этом важно, чтобы ЧСС не превышала 100 уд/мин. Если развивается тахикардия или нарушения сердечного ритма, дозы инотропов необходимо по возможности снизить.

· Вазопрессоры должны использоваться лишь при невозможности достижения целевых цифр САД и устранения симптомов гипоперфузии на фоне терапии инфузионными растворами и добутамином/левосименданом. Вазопрессором выбора должен быть норадреналин. Норадреналин вводится в дозе 0,2–1,0 мг/кг/мин.

· Петлевые диуретики – применяются осторожно при сочетании клиники кардиогенного шока с острой левожелудочковой недостаточностью, только на фоне нормализации цифр АД. Первоначальная доза болюса петлевого диуретика – 20–40 мг.

· Профилактика тромбоэмболических осложнений гепарином или другими антикоагулянтами при отсутствии противопоказаний.

Хирургическое вмешательство:

1. Экстренная реваскуляризации ЧКВ или АКШ рекомендуется при кардиогенном шоке, обусловленном ОКС независимо от времени появления клиники коронарного события.
2. При кардиогенном шоке, обусловленном наличием тяжелого аортального стеноза, вероятно проведение, вальвулопластики при необходимости, с применением ЭКМО.
3. Транскатетерная имплантация аортального клапана в настоящее время противопоказана пациентам с КШ.
4. При кардиогенном шоке, обусловленном тяжелой аортальной или митральной недостаточностью кардиохирургическое вмешательство должно быть проведено незамедлительно.

Индикаторы эффективности лечения:

Улучшение гемодинамических параметров и органной перфузии:

- · Достигание целевого среднего артериального давления 65-70 мм.рт.ст;
  - · Восстановление оксигенации;
  - · Облегчение симптомов;
- предотвращение повреждения сердца и почек.



## Алгоритм лечебных действий при кардиогенном шоке:

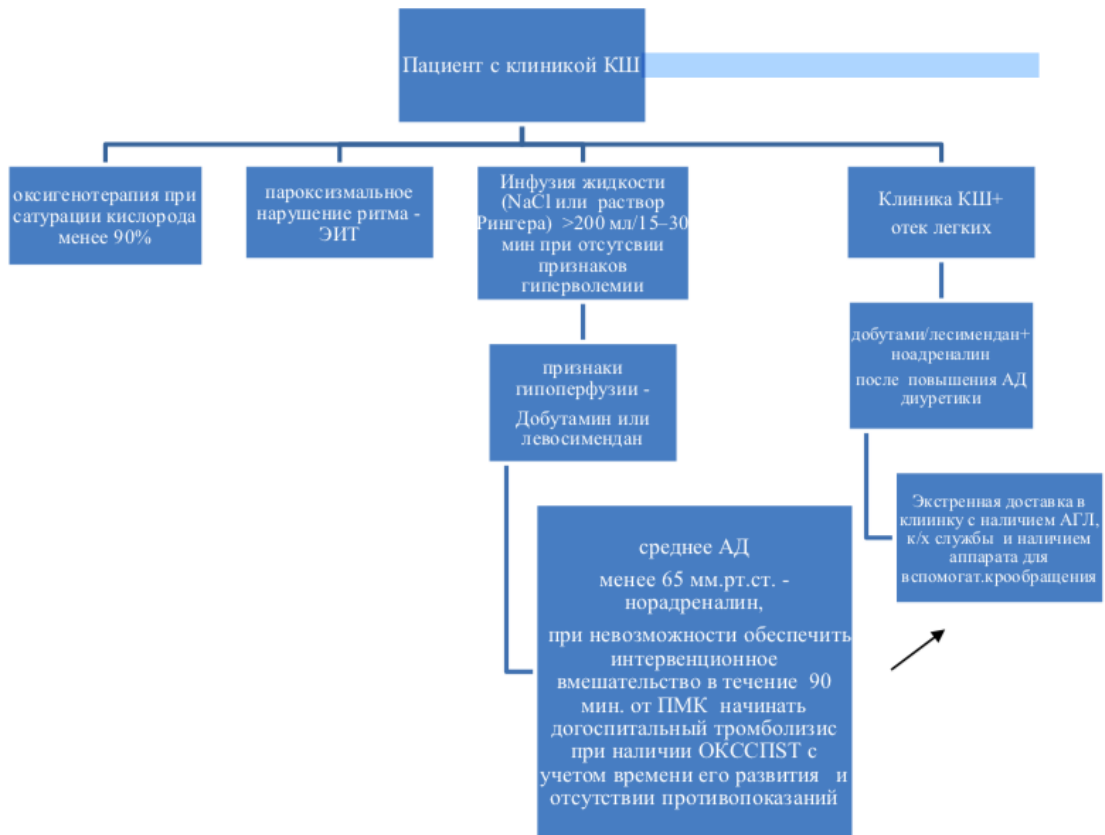


Рис. 2. Алгоритм лечебных действий при кардиогенном шоке на догоспитальном этапе.

### 27. Напишите протокол оказания неотложной помощи пациенту с пароксизмом наджелудочковой тахикардии.

Диагностическое обследование

Догоспитальный и госпитальный этап.

- собрать анамнез,
- осмотреть пациента,
- измерить пульс и артериальное давление,
- снять ЭКГ

Госпитальный этап

- + - подключить мониторное наблюдение АД И ЭКГ.
- взять клинический, биохимический анализы крови, включающие тропонин и МВ КФК

Лечение и дальнейшая тактика ведения пациента

Пароксизмальные наджелудочковые тахикардии с узкими QRS комплексами

Вегетативные вагусные пробы: проба Вальсальвы (натуживание с задержкой дыхания в течение 20-30 сек), но может быть полезно также глубокое дыхание, проба Даньини-Ашнера (надавливание на глазные яблоки в течение 5сек), присаживание на корточки, опускание лица в холодную воду на 10-30 сек, массаж одного из каротидных синусов. Применение вагусных проб противопоказано больным с нарушениями проводимости, СССУ, тяжелой сердечной недостаточностью, глаукомой, а также с выраженной дисциркуляторной энцефалопатией и инсультом в анамнезе. Массаж каротидного синуса противопоказан также при резком снижении пульсации и наличии шума над сонной артерией. (А, 1+).

Препаратами выбора являются аденозин (натрия аденозинтрифосфат, АТФ) или антагонисты кальциевых каналов негидропиридинового ряда. Введение аденозина или АТФ на догоспитальном этапе не рекомендуется, т.к. возможен выход из пароксизмальной наджелудочковой тахикардии через остановку синусового узла на 3-5сек. На госпитальном этапе только под контролем монитора.

1. Натрия аденозинтрифосфат (АТФ) 5-10мг в/в толчком.
2. Нет эффекта – через 2мин АТФ 10мг в/в толчком.
3. Нет эффекта – через 2мин верапамила 5мг в/в на 200 мл физ.р-ра, медленно под контролем АД и частоты ритма
4. Нет эффекта – через 15 мин верапамил 5-10мг в/в на 200 мл физ.р-ра, медленно под контролем АД и частоты ритма
5. Повторить вагусные приемы.
6. Нет эффекта – через 20мин новокаинамид, или пропранолол, или пропафенон, или дизопирамид - как указано ниже; при этом во многих случаях усугубляется гипотензия и повышается вероятность появления брадикардии после восстановления синусового ритма.

Верапамил вводится внутривенно капельно в дозе 5-10мг (2.0-4.0 мл 2.5% раствора) на 200мл физиологического раствора под контролем АД и частоты ритма.

Прокаинамид (Новокаинамид) вводится в/в капельно в дозе 1000мг (10.0мл 10%раствора, доза может быть повышена до 17мг/кг) со скоростью 50-100мг/мин под контролем АД (при тенденции к артериальной гипотонии – вместе с 0.3-0.5 мл 1% р-ра фенилэфрина (Мезатона) или 0.1-0.2 мл 0.2% р-ра норэпинефрина (Норадреналина) ), (А,1+).

Пропранолол вводят в/в капельно в дозе 5-10мг (5-10мл 0.1% раствора) на 200 мл физиологического раствора под контролем АД и ЧСС; при исходной гипотонии его введение нежелательно даже в комбинации с мезатоном. (В,2+).

Пропафенон вводится в/в струйно в дозе 1мг/кг в течение 3-6минут. (С,2+).

Дизопирамид (Ритмилен) – в дозе 15.0мл 1% раствора в 10мл физраствора (если предварительно не вводился новокаинамид) (С,2+).

При отсутствии эффекта препараты можно вводить повторно, уже в машине скорой помощи.

Альтернативой повторному применению указанных выше препаратов может служить введение:

Амиодарона (Кордарона) в дозе 300мг на 200мл физиологического раствора, капельно, учитывать влияния на проводимость и длительность QT (А, 1++). Особое показание к введению амиодарона – пароксизм тахикардии у больных с синдромами предвозбуждения желудочков

Этацизина (Этацизина) 15-20мг в/в капельно на 200мл физиологического раствора, который, однако, обладает выраженным проаритмическим эффектом и блокирует проводимость (D,2+).

Если отсутствуют условия для в/в введения лекарств, используют (таблетки разжевать!):

Пропранолол (Анаприлин, Обзидан) 20-80мг. (А,1++).

Можно другой В блокатор в умеренной дозе (на усмотрение врача).

Верапамил (Изоптин) 80-120мг (при отсутствии предвозбуждения!) в сочетании с феназепамом (Феназепам) 1 мг или клоназепамом 1мг.(А,1+).

Либо один из ранее эффективных антиаритмиков в удвоенной дозе хинидин (Кинидин-дурулес) 0,2 г, прокаинамид (Новокаинамид) 1.0-1.5г, дизопирамид (Ритмилен) 0.3г, этацизин (Этацизин) 0.1г, пропafenон (Пропанорм) 0.3г, соталол (Сотагексал) 80мг, (С,2+).

При гипокалиемии восполнить внутриклеточный калий: внутривенное капельное введение 10% хлорида калия на 200 мл физиологического раствора (А, 1++)

Пароксизмальные наджелудочковые тахикардии с широкими QRS комплексами

Тактика несколько иная, так как не может быть полностью исключен желудочковый характер тахикардии, а возможное наличие синдрома предвозбуждения накладывает определенные ограничения.

Электроимпульсная терапия (ЭИТ) показана при гемодинамически значимых тахикардиях (А,1++).

Медикаментозное купирование осуществляется препаратами, эффективными как при пароксизмальных наджелудочковых тахикардиях с узкими комплексами QRS, так и при желудочковой тахикардии: наиболее часто используют прокаинамид (Новокаинамид) и/или амиодарон (дозы смотри выше) (А,1++).

При их неэффективности купирование прибегают вплоть до электрической кардиоверсии.

Срочная доставка в стационар и госпитализация в отделение кардиореанимации или интенсивной терапии

## **28. Напишите протокол оказания неотложной помощи пациенту с астматическим статусом.**

Экстренная терапия:

Придать полусидячее положение, расстегнуть стесняющую одежду, обеспечить доступ свежего воздуха;

1) высокие концентрации кислорода через лицевую маску; 2) сальбутамол - 5 мг или тербуталин 10 мг через небулайзер; 3) преднизолон 1-2 мг/кг массы тела подкожно (максимум 40 мг). \* При наличии признаков жизнеугрожающего состояния: - аминофиллин - 5 мг/кг внутривенное в течение 20 мин с последующей инфузией в дозе 1 мг/кг за 1 ч (макс суточная 200 мг); - гидрокортизон - 100 мг внутривенно каждые 6 ч; - проведение пульсоксиметрии полезно при оценке ответа пациента на лечение.

\* При улучшении состояния: - кислород в высоких концентрациях; - преднизолон - 1-2 мг/кг в день (максимум 40 мг/день); - бета-2-агонисты с помощью небулайзера - каждые 4 ч. \* При отсутствии результата лечения в течение 15-30 мин: - продолжать терапию кислородом и стероидами; - более частое введение бета-2-агонистов вплоть до назначения каждые 30 мин; - ипратропиум - введение через небулайзер повторять каждые 6 ч вплоть до появления признаков улучшения состояния.

## **29. Напишите протокол оказания неотложной помощи пациенту с обмороком. При каких нозологиях может быть такая ситуация.**

Астматический статус

- 1) Сбор анамнеза- в анамнезе долгое время принимал гкс, резко прекратил.
- 2) Осмотр врачом-физическая активность резко ограничена, сознание-возбуждение, речь-отдельные слова, затруднено дыхание в покое, чдд 30 в мин ( резко выражена экспираторная одышка), участие вспомогательной мускулатуры резко выражено. Аускультация \_ дыхание громкое, свистящее на вдохе и выдохе, чсс 130 уд/мин, PaO<sub>2</sub>-55 мм.рт.ст, Sao<sub>2</sub>-85%, ПСВ-45%
- 3) Оценка степени тяжести-тяжелое обострение

Лечебные мероприятия

Немедленная госпитализация в стационар

Ингаляция увлажненным кислородом 1-4 л в минуту

Одновременно ингаляции сальбутамола 2,5 мл или 3-4 мл р-ра беродурала+преднизолон в/в 90-120 мг или внутрь 20-30 мг ИЛИ

Ингаляция 3-4 мл р-ра беродурала в сочетании с 1-2 мг суспензии пульмикорта через небулайзер ИЛИ

Дозированный аэрозоль сальбутамола или фенотерола 400-800 мкг, или беродурала 4 дозы через 20 минут в течении одного часа

### **30. Напишите протокол проведения сердечно - легочной реанимации.**

Цель лечения - снижение смертности и уменьшение риска тяжелых осложнений.

3 стадии СЛР:

- BLS—basic life support (элементарное поддержание жизни, первичный реанимационный комплекс). Поддержание искусственного кровообращения и газообмена на уровне, не допускающем необратимых изменений в головном мозге и миокарде до момента восстановления самостоятельного кровообращения.
- ALS – advanced life support (дальнейшее поддержание жизни). Восстановление витальных функций: восстановление и поддержание сердечного ритма, дыхания, при необходимости – электрическая дефибриляция.
- LLS – long life support (длительное поддержание жизни). Интенсивная терапия «постреанимационной болезни».

Диагностика клинической смерти.

Достоверный признак:

- отсутствие кровообращения (пульса на a.carotis, a.femoralis, a.brachialis).

Дополнительные признаки:

- отсутствие сознания (нет реакции на внешние раздражители);
- отсутствие самостоятельного дыхания (экскурсия грудной клетки);
- атония, арефлексия (широкие зрачки, не реагирующие на свет; нет корнеального рефлекса).
- Время, отпущенное на диагностику клинической смерти, составляет не более 10-30 секунд.

Дифференциальная диагностика: с биологической смертью.

Алгоритм реанимационных мероприятий:

1. Констатируют отсутствие реакции на внешние раздражители, отсутствие пульса, отсутствие дыхания (оптимально в течение 10 секунд).
2. Отмечают время начала реанимации.
3. Укладывают больного на спину на твердую поверхность.
4. В случае внезапной смерти наносят прекардиальный удар и начинают непрямой массаж сердца.
5. Запрокидывают голову назад, кроме ситуаций, когда есть подозрение на травму в шейном отделе позвоночника; освобождают дыхательные пути, выдвигают нижнюю челюсть (тройной прием Сафара). При наличии оборудования поддерживают проходимость дыхательных путей с помощью воздуховода, ларингеальной маски, интубации трахеи. Попытка интубации трахеи должна длиться не более 30 секунд.
6. Проводят ИВЛ (метод проведения зависит от наличия оборудования и квалификации реанимирующих). При проведении дыхательной реанимации методом «рот ко рту», «рот в нос» настоятельно рекомендуется применять защитные меры от заражения вирусным гепатитом, СПИДом, активным туберкулезом или менингококковым менингитом. Обязательно применение защитных масок, прокладок, клапанов.
7. Подключают ЭКГ-монитор, оценивают ритм в нескольких отведениях. Диагностируют вид остановки кровообращения: фибрилляция желудочков; асистолия; электромеханическая диссоциация (электрическая активность без пульса).

Основные критерии эффективности сердечно-легочной реанимации:

- улучшение цвета кожи и видимых слизистых оболочек (уменьшение бледности и цианоза кожи, появление розовой окраски губ);
- сужение зрачков;
- восстановление реакции зрачков на свет;
- пульсовая волна на магистральных, а затем и на периферических сосудах (можно ощутить слабую пульсовую волну на лучевой артерии на запястье);
- артериальное давление 60-80 мм.рт.ст.;
- появление дыхательных движений.

Реанимационные мероприятия прекращаются в случае признания их абсолютно бесперспективными, а именно при:

- 1) констатации смерти человека на основании смерти головного мозга, в том числе на фоне неэффективного применения полного комплекса реанимационных мероприятий, направленных на поддержание жизни;
- 2) неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций в течение 30 минут.

Время прекращения реанимационных мероприятий фиксируется как время смерти пациента.

Госпитализация: показана всем пациентам, перенесшим успешную СЛР при условии успешного поддержания витальных функций во время транспортировки.

## Протоколы по хирургии (ПЕРВИЧНЫЕ ОСМОТРЫ)

### 1. Напишите протокол осмотра хирурга в приемном отделении у пациентки, с клинической картиной, позволяющей заподозрить острый аппендицит

#### ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ

**ЖАЛОБЫ:** на тянущие продолжительные боли в правой подвздошной ямке без иррадиации;, потливость, тошнота, сухость во рту..

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:** Впервые боли появились 15 часов назад в эпигастральной области, сопровождалась тошнотой, пациентка приняла 1 таб. Нольпазы. Через 8 часов болезненность в эпигастрии прошла, боль сконцентрировалась в правой подвздошной ямке. Пациентка приняла но-шпу. Далее отметила повышение температуры тела, усиление тошноты, сухость во рту, слабость и бледность, после чего вызвала бригаду скорой помощи. Была госпитализирована в приемное отделение ГКБ №57 с предварительным диагнозом «острый аппендицит».

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:** Детские инфекции, простудные заболевания. Хронический гастродуоденит. На диспансерном учете не состоит. Постоянно лекарственные препараты не принимает. Операции, травмы отрицает. Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез: аллергических реакций на лекарственные вещества не отмечает. Эпиданамнез: выездов в эпидемиологически неблагоприятные регионы не было. Контакт с инфекционными больными в течение последних 21 дня отрицает. **ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОСМОТРА:** Общее состояние: относительно удовлетворительное. Пациентка в сознании, ориентирована, адекватна. Положение активное. Пациентка нормостенического телосложения, умеренного питания. Кожные покровы нормальной окраски, видимые слизистые обычной окраски Периферические лимфатические узлы. доступные пальпации не увеличены, мягкие, безболезненные. Подкожная клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Костно-мышечная система: без видимой патологии. **СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ:** грудная клетка обычной формы, участвует в дыхании симметрично. В легких дыхание проводится во все отделы, везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. **СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ:** тоны сердца ритмичные. Патологические шумы не выслушиваются. ЧСС 80 в мин. АД - 120/80 мм.рт.ст. Границы сердца перкуторно не расширены. Нижние конечности не отечны. Вены нижних конечностей не изменены. **СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ:** язык сухой. Глотание не нарушено. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации имеется напряжение мышц передней брюшной стенки. Живот болезненный в правой подвздошной и надлобковой областях. При исследовании «слабых мест» передней брюшной стенки грыжевых выпячиваний не отмечается. При глубокой пальпации симптомы Кохера-Волковича, Мондора, Ровзинга,

Ситковского и Образцова положительные, перитонеальные симптомы (Щеткина- Блюмберга, Воскресенского и Менделя) локально положительные. Глубокая пальпация эпигастральной и пилородуоденальной областей безболезненны.

Шума плеска нет. Перкуторно жидкости в отлогих местах не определяется, Печёночная тупость сохранена. Печень не увеличена, желчный пузырь, селезенка не пальпируются. Стул регулярный; последний раз вчера вечером, полуоформленный, обычной окраски. СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ: поясничные области симметричные. Симптом

поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС: пациент в сознании, контакту доступна, адекватна, ориентирована. По данным УЗИ - УЗ-признаки структурных изменений органов брюшной полости и малого таза не выявлены. ЭХО - признаки острого деструктивного аппендицита, признаки наличия свободной жидкости в полости малого таза. В анализе крови — лейкоциты — 12.7, эритроциты 4,31, гемоглобин 150 г/л. ЗАКЛЮЧЕНИЕ: у больного на момент осмотра клиническая картина заболевания. острого, аппендицита. Больной показано экстренное оперативное лечение. Предполагаемый объем операции — лапароскопическая аппендэктомия. Согласие пациента на операцию получено. О возможности конверсии пациентка предупреждена.

## **2. Напишите пример осмотра хирурга в приемном отделении у пациента, поступающего с клинической картиной, позволяющей заподозрить острый отечный панкреатит, алкогольную интоксикацию.**

ЖАЛОБЫ: интенсивная постоянная боль опоясывающего характера, многократная рвота, не приносящая облегчения, метеоризм

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ: заболел остро после злоупотребления алкоголем, когда появилась острая интенсивная боль в эпигастральной области с иррадиацией в поясничную область, многократная рвота не приносящая облегчения. В связи с болями доставлен бригадой СМП в ГКБ

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ: наличие хронических заболеваний отрицает. На диспансерном учете не состоит. Постоянно лекарственные препараты не принимает. Операции и травмы отрицает. Вредные привычки отрицает.

АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ: аллергических реакций на лекарственные вещества не отмечает

ЭПИДАНАМНЕЗ: выездов в эпидемиологически неблагоприятные районы не было, контакт с инфекционными больными в течение 21 дня отрицает

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОСМОТРА:

Общее состояние: средней тяжести. В сознании, дезориентирован в пространстве. Положение пассивное. Пациент гиперстенического телосложения, повышенного питания.

КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ И ВИДИМЫЕ СЛИЗИСТЫЕ: цианоз- симптом Мондора, симптом Грея Тернера, симптом Грюнвальда

ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ: не увеличены, подвижные, мягкие, безболезненные

Подкожная клетчатка развита избыточно. Периферических отеков нет

КОСТНО-МЫШЕЧНАЯ СИСТЕМА: без видимой патологии

СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ: грудная клетка симметричная обычной формы. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16

**СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ:** тоны сердца ясные ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. ЧСС 90 в мин, АД 110/70

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ:** живот вздут в верхних отделах, резко болезненный при пальпации в эпигастральной области, левом подреберье и левом ребернопозвоночном углу. Симптомов раздражения брюшины нет. Перкуторно жидкость не определяется. Печеночная тупость сохранена. Печень не увеличена. Желчный пузырь, селезенка не пальпируются. Стул частый неоформленный, жидкой консистенции.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ:** поясничные области симметричны. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное.

**НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС:** в сознании, дезориентирован в пространстве.

Биохимический анализ крови: увеличение активности альфа-амилазы более чем в 3 раза (300ЕД/л) и липазы (100 МЕ/л)

Анализ мочи: амилаза мочи (2040 Ед/сут)

УЗИ БП: увеличение размеров поджелудочной железы (головка 30 мм, тело 36мм, хвост 39 мм), неоднородность эхо-структуры, неровность контуров, визуализация жидкости в левой поддиафрагмальной области

Заключение: у больного на момент осмотра клиническая картина острого панкреатита. Больному показано консервативное лечение

**3. Напишите пример осмотра хирурга в приемном отделении у пациента, поступающего с клинической картиной, позволяющей заподозрить внутрибрюшное кровотечение вследствие тупой травмы живота, гемоперитонеум.**

**ЖАЛОБЫ:** на бледность, головокружение, шум в ушах, боли в районе левого подреберья и верхних отделах живота с иррадиацией в лопатку.

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:** за три часа до поступления в больницу перенес драку. Первые 40 минут чувствовал себя хорошо, после чего стал отмечать резкое ухудшение, нарастание болей в левом подреберье, головокружение.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:** наличие инфекций, хронических заболеваний отрицает. Постоянные лекарства не принимает. Операций, травм до этого не было. Аллергические реакции на лекарственные вещества отрицает.

**ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

Общее состояние: тяжелое. Обусловлено выраженность болевого симптома. Пациент в сознании, адекватен. Стремится принять сидячее положение.

На кожных покровах в области левого подреберья находится гематома багрово-красный цвета размером 7 на 6 см.

Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненные.

ПЖК развита умерено. Без отеков.

Костно-мышечная система без видимых патологий.

**ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ:** грудная клетка обычной формы, левая сторона отстает в акте дыхания. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 23 уд/мин.



**СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ:** тоны ритмичные, патологических шумов нет. ЧСС 110 ум/мин. САД 80 мм.рт.ст. Границы сердца в норме. Нижние конечности не отечны.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ:** язык влажный, глотание не нарушено. Живот не вздут, ограничено участвует в дыхании, мышцы передней брюшной стенки напряжены. При поверхностной пальпации болезненный. В области левого подреберья пальпация резко болезненна. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Стул регулярный, без особенностей.

При пальцевом ректальном исследовании обнаруживается нависание передней стенки прямой кишки.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ:** поясничные области симметричны. Симптом покачивания отрицательный. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное.

**НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС:** пациент в сознании, адекватен, ориентирован.

**ДАННЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ:** под диафрагмой определяется гомогенная тень. Высокое стояние левого купола диафрагмы, смещение левой части ободочной кишки и желудка вправо и книзу.

**ДАННЫЕ ОАК:** Нв 84 г/л, эритроциты 3,0, МСН 30

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** у пациента на момент заболевания клиническая картина разрыва селезенки, осложненного гемоперитонеумом. Показана экстренное оперативное лечение.

Предполагаемый объем операции - спленэктомия. Соглашение на операцию получено.

Также необходима инфузионная терапия до стабилизации гемодинамики.

#### **4. Напишите пример осмотра хирурга в приемном отделении у пациента, поступающего с клинической картиной, позволяющей заподозрить острый калькулезный холецистит.**

**ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ (Острый калькулезный холецистит, обтурация желчных протоков) ЖАЛОБЫ:** на острую тупую боль в правом подреберье, кашель, одышку. **АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:** два дня назад после приема жирной, острой пищи почувствовала недомогание, затем появилась острая тупая боль в правом подреберье. Сегодня утром боли усилились, появилось желтушное окрашивание кожных покровов, принимала анальгетики. Боль усиливалась после приема пищи, жаловалась на отсутствие аппетита, плохой сон. Сегодня вечером почувствовала острую, некупируемую боль в правом подреберье, желтушность кожных покровов нарастала, была вызвана Скорая помощь. Больная была доставлена в приемное отделение ГКБ. **АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:** Наличие хронических заболеваний отрицает. На диспансерном учете не стоит. Постоянно лекарственные препараты не принимает. Операции, травмы отрицает. Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез: Аллергических реакций на лекарственные препараты не отмечает. Эпиданамнез: выездов в неблагоприятные регионы не было. Контакт с инфекционными больными в течение последних 21 дня отрицает. **ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОСМОТРА:** Общее состояние: относительно удовлетворительное. Пациентка в сознании, ориентирована, адекватна. Положение пассивное. Пациентка нормостенического телосложения, умеренного питания. Кожные покровы желто- лимонного цвета, повышенной влажности. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены, мягкие, безболезненные. Подкожная клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Костно-мышечная система: без видимой патологии. **СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ:** Грудная клетка обычной формы, при глубоком вдохе правая половина грудной клетки несколько отстаёт. В легких дыхание проводится во все отделы, везикулярное, хрипов нет. ЧДД 19 в мин. **СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ:** тоны сердца ритмичные. Патологические шумы не выслушиваются. ЧСС 80 уд/мин. АД 120/80 мм. рт. ст. Границы сердца перкуторно не расширены. Нижние конечности не отечны. Вены нижних конечностей не изменены.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ:** язык влажный. Глотание не нарушено. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Шума плеска нет. Перкуторно жидкости в отлогах местах не определяются. Печеночная тупость сохранена. Печень не увеличена, желчный пузырь, селезенка не пальпируются. Стул регулярный. **СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ:** поясничные области симметричные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. **НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС:** пациентка в сознании, контакту доступна, адекватна, ориентирована. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** у больной на момент осмотра клиническая картина острого холецистита. Больную необходимо перевести в хирургическое отделение для дальнейшего обследования и лечения.

**5. Напишите пример осмотра хирурга в приемном отделении у пациента, поступающего с клинической картиной, позволяющей заподозрить острую кишечную непроходимость обусловленной онкологическим процессом сигмовидной кишки.**

**ЖАЛОБЫ:** на схваткообразные боли в животе, вздутие живота, задержку стула и газов, тошноту, рвоту **АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:** В течение последних нескольких месяцев беспокоили периодические запоры, тошнота, рвота. Заболела остро за 10 часов до госпитализации, когда появились схваткообразные боли в животе. Боли постепенно усиливались. В связи с болями бригадой «СП» доставлена в ГКБ №Х **АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:** Детские инфекции, простудные заболевания. Наличие хронических заболеваний отрицает. На диспансерном учете не состоит. Постоянно лекарственные препараты не принимает. Операции, травмы отрицает. Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез: Аллергических реакций на лекарственные вещества не отмечает. Эпиданамнез: выездов в эпидемиологически неблагоприятные регионы не было. Контакт с инфекционными больными в течение последних 21 дня отрицает. **ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОСМОТРА:** **ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ:** состояние средней тяжести. Пациентка в сознании, ориентирована, адекватна. Положение активное. Пациентка нормостенического телосложения, пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены, мягкие, безболезненные. Подкожная клетчатка развита слабо. Периферических отеков нет. Костно-мышечная система: без видимой патологии. **СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ:** грудная клетка обычной формы, участвует в дыхании симметрично. В легких дыхание проводится во все отделы, везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. **СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ:** тоны сердца ритмичные. — Патологические шумы не выслушиваются. ЧСС 85 в мин. АД - 100/60 мм.рт.ст, Границы сердца перкуторно не расширены. Нижние конечности не отечны. Вены нижних конечностей не изменены. **СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ:** язык обложен налетом. Глотание не нарушено. Живот вздут, асимметричен, не участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный, видимая на глаз перистальтика. Симптомов раздражения брюшины нет. Определяется шум плеска. Определяется симптом Обуховской больницы. Печеночная тупость сохранена. Печень не увеличена, желчный пузырь, селезенка не пальпируются. Наблюдается задержка стула и газов **СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ:** поясничные области симметричные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. **НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС:** пациент в сознании, контакту доступна, ориентирована, адекватна **ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:** На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости определяются характерные кишечные арки (раздутая газом кишка с уровнями жидкости), чаши Клойбера (куполообразные просветления над горизонтальным уровнем жидкости), симптом перистости (наличие поперечной исчерченности кишки). При проведении колоноскопии выявлено опухолевидное образование в сигмовидной кишке, вызвавшее полную обтурация ее просвета. **ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ** В анализе крови: лейкоциты — 7,6, эритроциты - 4,8, гемоглобин – 134

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** у больного на момент осмотра клиническая картина острой обтурационной толстокишечной непроходимости, признаки странгуляции отсутствуют. Больному показано срочное оперативное лечение. Предполагаемый объем операции — левосторонняя

гемиколонэктомия с наложением временной колостомы. Согласие пациента на операцию получено. О возможности конверсии пациентка предупреждена

**6. Напишите пример осмотра хирурга в приемном отделении у пациента, поступающего с клинической картиной, позволяющей заподозрить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненную перфорацией, распространенный перитонит.**

**ЖАЛОБЫ:** на остро возникшую кинжальную боль в надчревной области, быстро распространяющуюся по всему животу

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:** заболел остро за 6 часов до госпитализации, когда появилась резкая, «кинжальная» боль после обильной пищи. Недавно отмечает учатившиеся обострения язвенной болезни. В связи с болями бригадой СМП доставлен в ГКБ №

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:** Детские инфекции, простудные заболевания. Наличие язвенной болезни 12перстной кишки, состоит на диспансерном учёте. Постоянно лекарственные препараты не принимает. Операции, травмы отрицает. Курит. Аллергологический анамнез: Аллергических реакций на лекарственные вещества не отмечает. Эпиданамнез: выездов в эпидемиологически неблагоприятные регионы не было. Контакт с инфекционными больными в течение 21 дня отрицает.

**ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОСМОТРА:** Общее состояние: тяжёлое. Пациент в сознании, дезориентирован. Вынужденное положение с приведёнными к животу коленями. Лицо осунувшееся, бледное, страдальческое. Пациент нормостенического телосложения, нормального питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Периферические лимфатические узлы доступные пальпации не увеличены, мягкие безболезненные. Подкожная клетчатка развита умеренно. Периферических отёков нет. Костно-мышечная система: без видимой патологии. **СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ:** грудная клетка обычной формы, участвует в дыхании симметрично. В легких дыхание проводится во все отделы, везикулярное, хрипов нет. Дыхание поверхностное. ЧДД – 25 в мин **СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ:** тоны сердца ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. ЧСС – 100 в мин. АД – 100/60. Границы сердца перкуторно не расширены. Нижние конечности не отечны. Вены нижних конечностей не изменены. **СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ:** язык сухой. Глотание не нарушено. Живот ладьевидно втянут, не участвует в дыхании. «Доскообразное» напряжение передней брюшной стенки. Резко положительный симптом ЩёткинаБлюмберга. Исчезновение «печёночной тупости», печень, селезёнка, желчный пузырь не пальпируются. Стул регулярный, последний раз вчера вечером, оформленный, обычной окраски **СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ:** поясничные области симметричные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. **НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС:** пациент в сознании, неконтактен, дезориентирован **УЗИ** – данных за дивертикулёз не получено По данным Rg – «серп» свободного газа под правым куполом диафрагмы

**Заключение:** у больного на момент осмотра клиническая картина заболевания перфоративной язвы 12 перстной кишки, острого перитонита. Больному показано экстренное оперативное лечение. Предполагаемый объем операции – лапароскопия, ушивание перфоративного отверстия

**7. Напишите пример осмотра хирурга в приемном отделении у пациента, поступающего с клинической картиной, перфорации полого органа, распространённого перитонита досуточной давности.**

**Жалобы:** Постоянные остро возникшие резкие боли в животе без четкой локализации, тошнота, вздутие живота, сухость во рту, повышение температуры тела.

**Анамнез заболевания:** Заболел остро за 5 часов до госпитализации, когда появилась резкая сильная боль в эпигастрии, сопровождающаяся тошнотой. Далее боль распространилась на всю переднюю брюшную стенку. Пытался самостоятельно купировать боль обезболивающим препаратом Нуروفен – без результата. В течение последующих двух часов отмечал

повышение температуры до 38,3. В связи с непрекращающимися болями в животе больной был доставлен бригадой СМП в ГКБ №13

Анамнез жизни: Хронические заболевания – язва пилорического отдела желудка. На диспансерном учете не состоит. В течении трех дней до возникновения острой боли отмечались симптомы обострения хронической язвы, проявлявшиеся в виде поздних болей. Постоянно лекарственные препараты не принимает. Операции и травмы отрицает. Наличие вредных привычек – курит на протяжении 15 лет по 10 сигарет в день.

Аллергологический анамнез – аллергических реакций на лекарственные препараты не отмечает.

Эпиданамнез – выезд в эпидемиологически неблагоприятные регионы отрицает. Контакт с инфекционными больными в течение последних 21 дня отрицает.

Данные объективного осмотра:

- общее состояние – тяжелое. Пациент в сознании, адекватен, ориентирован. Положение вынужденное – на боку с прижатыми к животу коленями, при перемене положения тела отмечается усиление болей в животе. Телосложение нормостеническое, пациент умеренного питания

- кожные покровы бледные, язык сухой, обложен коричневым налетом. Склеры нормальной окраски.

- периферические лимфоузлы доступны пальпации, безболезненные, мягкие, подвижные, не увеличены.

- подкожная жировая клетчатка – развита умеренно. Периферические отеки отсутствуют

-костно-мышечная система – без видимой патологии.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ:** Форма грудной клетки: нормальная. Носовое дыхание: свободное, отделяемое отсутствует. Перкуторно: ясный легочный звук, над всей поверхностью легких. Аускультативно: дыхание везикулярное. ЧДД – 21 в мин.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ:** Пульс: ритмичный, удовлетворительного наполнения. Пульсация периферических артерий: сохранена. Перкуторно: границы относительной сердечной тупости: не изменены. Аускультативно: Тоны сердца ясные, шумы отсутствуют. Вены нижних конечностей не изменены.

Пульс 100 уд./мин. АД 100/60 мм рт.ст. со склонностью к гипотонии.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ:** Язык сухой, обложен налетом. Глотание не нарушено. Живот вздут, симметричный, в акте дыхания не участвует. При пальпации доскообразный, резко болезненный во всех областях. Выражены симптомы раздражения брюшины – положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Раздольского. Перкуторно притупления в отлогих местах. Печеночная тупость отсутствует. Желчный пузырь и селезенка не пальпируются. Аускультативно – перистальтика ослаблена. Стул регулярный, самостоятельный. Последний раз – вчера утром, оформленный, обычной окраски.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ:** Поясничные области не изменены, симметричны. Пальпация почек: не пальпируются. Поколачивание по поясничной области: безболезненно с обеих сторон. Расстройства мочеиспускания: отсутствуют, мочеиспускание самостоятельное. **НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС:** Пациент в сознании, контакту доступен, адекватен, ориентирован во времени и пространстве.

По данным УЗИ: Наличие свободной жидкости в брюшной полости, расширение петель кишечника, ослабление перистальтики.

Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости: наличие свободного газа под куполом диафрагмы, множественные уровни жидкости.

Общий анализ крови: лейкоциты – 17,6, эритроциты – 4,8, гемоглобин – 138.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** у больного на момент осмотра клиническая картина вторичного распространенного перитонита вызванная прободением полого органа, вероятнее всего пилорического отдела желудка, так как в анамнезе присутствует хроническая язва пилорического отдела желудка. Больному показано экстренное оперативное лечение. Предполагаемый объем операции – радикальное устранение источника перитонита – экстренная операция по поводу резекции язвы. Согласие пациента на операцию получено.

**8. Напишите пример осмотра хирурга в приемном отделении у пациента, поступающего с клинической картиной, позволяющей заподозрить распространенный перитонит аппендикулярной этиологии.**

**ЖАЛОБЫ:** болезненность вначале локализуется в правой подвздошной области, затем быстро распространяется по всему животу. Боль носит постоянный характер. Тошнота, рвота, озноб, общая слабость, тахикардия, поверхностное дыхание, лихорадка. Задержка стула и газов.

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:** Заболел остро, за 2 суток до госпитализации, когда появились боли в правой подвздошной области, далее распространились по всему животу. Тошнота, рвота, задержка стула. Находился дома, пил Лоперамид, Парацетамол, эффекта не было. На следующее утро повысилась температура до 37 С, отмечалась тахикардия, поверхностное дыхание. Вызвал скорую помощь и был госпитализирован в ГКБ.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:** Детские инфекции, простудные заболевания, наличие хронических заболеваний отрицает. На диспансерном учёте не состоит. Постоянно лекарственные препараты не принимает. Операции, травмы отрицает. Вредные привычки отрицает.

**Аллергологический анамнез:** аллергических реакций на лекарственные вещества не отмечает.

**Эпиданамнез:** выездов в эпидемиологически неблагоприятные регионы не было. Контакт с инфекционными больными в течение последних 21 дня отрицает.

**ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОСМОТРА:**

**Общее состояние:** средней тяжести. Пациент в сознании, ориентирован, адекватен. Положение вынужденное. Пациент нормостенического положения, умеренного питания.

**Кожные покровы и видимые слизистые** розовой окраски, рубцов нет.

**Периферические лимфатические узлы** доступные пальпации не увеличены, мягкие, безболезненные.

**Подкожная клетчатка** развита умеренно. Периферических отеков нет.

**Костно-мышечная система:** без видимой патологии.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ:** грудная клетка обычной формы, участвует в дыхании симметрично. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 22 в мин.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ:** тоны сердца ритмичные. Патологические шумы не выслушиваются. ЧСС 110 в мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Границы сердца перкуторно не расширены. Нижние конечности не отёчны. Вены нижних конечностей не изменены.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ:** язык сухой. Глотание не нарушено. Живот вздут, не участвует в акте дыхания, при пальпации напряжён и болезненный по всей поверхности живота. Симптомы раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга, Менделя) положительны по всей поверхности. При перкуссии отмечается выраженность и распространенность перкуторной

болезненности, притупление в боковых и нижних отделах живота. Печень не увеличена, желчный пузырь, селезёнка не пальпируются. При аускультации не выслушивается перистальтика кишечника. Отмечается задержка стула и газов.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ:** поясничные области симметричные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное.

**НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС:** пациент в сознании, контакту доступен, адекватен, ориентирован.

**УЗИ:** свободная жидкость в брюшной полости, утолщение стенки червеобразного отростка более 3 мм, увеличение диаметра аппендикса свыше 7 мм.

**Лабораторное исследование:** Гемоглобин 140г/л, эритроциты 4,2, лейкоциты 15, СОЭ 25 мм/ч

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** у больного в момент осмотра клиническая картина разлитого перитонита аппендикулярного происхождения. Оперативное лечение проводят под общей анестезией, предпочтение отдается лапароскопической санации брюшной полости. Согласие пациента на операцию получено. О возможности конверсии пациентка предупреждена.

## **9. Напишите пример осмотра хирурга в приемном отделении у пациента, поступающего с клинической картиной, позволяющей заподозрить кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.**

**ЖАЛОБЫ:** рвота кровью тёмно-вишневого цвета, головокружение, резкая слабость.

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:** в течение последних 3 лет больной чувствовал тяжесть в правом подреберье, повышенную утомляемость, тошноту, вздутие живота. Отмечал периодическую потерю аппетита.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:** Детские инфекции, простудные заболевания. Наличие хронических заболеваний отрицает. На диспансерном учете не состоит. Постоянные лекарственные средства не принимает. Операции, травмы отрицает. Вредные привычки- злоупотребление алкоголем.

**Аллергологический анамнез:** аллергических реакций на лекарственные средства не отмечает.

**Эпидемиологический анамнез:** выездов в эпидемиологически неблагоприятные регионы не было. Контакт с инфекционными больными в течение последних 21 дня отрицает.

**ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОСМОТРА:**

- **Общее состояние:** Средней тяжести. Пациент в сознании, ориентирован, адекватен. Положение малоактивное. Пациент астенического телосложения, умеренного питания.
- **Кожные покровы и видимые слизистые:** чистые, выражено бледные, язык сухой, обложен коричневатым налётом. Склеры иктеричны. Выявлены пальмарная эритема, расширение портокавальных анастомозов на грудной и брюшной стенках («голова медузы»), также обнаружены телеангиоэктазии.
- **Периферические лимфатические узлы:** не увеличены, подвижны, не спаяны между собой и с окружающими тканями.
- **Подкожная клетчатка:** развита умеренно, выявлена отёчность нижних конечностей.
- **Костно-мышечная система:** без видимой патологии.

**I. СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ:** Дыхание через нос свободное. Отделяемого из носа нет. Грудная клетка обычной формы, участвует в дыхании

симметрично. Перкуторный звук ясный легочный, аускультативно дыхание везикулярное, проводится во все отделы лёгких, хрипов и других патологических шумов не выявлено. Дыхание учащено – 20 дых. движ./мин.

II. СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ: тоны сердца ритмичные, звучные, без патологических шумов, пульс частый, слабого наполнения и напряжения, ЧСС 112 уд./мин, АД 95/45 мм.рт.ст. Границы сердца перкуторно не расширены. Нижние конечности отёчны. Вены нижних конечностей не изменены.

III. СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ: язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот несколько увеличен в размерах, подкожные вены расширены. Перкуторно определяется наличие свободной жидкости в брюшной полости. Симптом раздражения брюшины отрицательный. Выявляется венозный шум Крювелье-Баумгартена над животом. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см, плотная, с заостренным краем. Селезенка выступает на 3 см.

IV. СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ: Поясничные области симметричны. Симптом поколачивать отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание свободное, безболезненное.

V. НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС: сознание ясное, речь не изменена. Чувствительность не изменена. Больной ориентирован во времени и пространстве.

По данным ЭГДС- III степень варикозного расширения вен(диаметр вен > 5 мм). > 5 мм. Изолированное варикозное расширение вен пищевода.

По данным УЗИ- увеличение диаметра воротной вены до 10 мм, снижение скорости в ней скорости кровотока, появление портокавальных коллатералей- варикозное расширение селезёночной вены. Увеличение печени, неравномерная плотность её ткани, выявлены участки повышенной эхогенности, обнаружена жидкость в брюшной полости, увеличение селезенки.

По данным ОАК- эритроциты  $2,3 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин 74 г/л, гематокрит 0,28.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ : у больного на момент осмотра клиническая картина желудочно-кишечного кровотечения из верхних отделов ЖКТ, обусловленное портальной гипертензией. Цирроз печени. Больному показана экстренная остановка кровотечения из ВРВ - незамедлительно ввести зонд-обтуратор Сенгстакена – Блекмора, эндоскопическое лигирование, при невозможности выполнения- эндоскопическая склеротерапия, а также назначение вазоактивных препаратов, восполнение ОЦК (свежезамороженная плазма), антибиотикотерапия для профилактики инфекционных осложнений и спонтанного бактериального перитонита, а также профилактика стрессовых язвенных кровотечений. Согласие пациента на проводимую терапию получено. О возможности конверсии пациент предупреждён.

### **10. Напишите пример осмотра хирурга в приемном отделении у пациента, поступающего с клинической картиной, позволяющей заподозрить абсцесс ягодичной области.**

ЖАЛОБЫ: боль, припухлость, уплотнение в области верхнего наружного квадрата левой ягодичной области, общую слабость. Боль имеет очаговый характер, без иррадиации, стойкая, интенсивная, ноющего характера. Боли присутствуют все время, усиливаются во время сидения.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ: считает себя больной в течение последних двух недель. Указанные жалобы возникли после введения магнесии в/м. Постепенно появилась припухлость, которая сопровождалась болью. Уплотнение до 3 см в диаметре.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ: детские инфекции, простудные заболевания. Наличие хронических заболеваний отрицает. На диспансерном учете не состоит. Вредные привычки отрицает. Операции и травмы отрицает.

Аллергологический анамнез: аллергических реакций на лекарственные вещества не отмечает.

Эпиданамнез: контакта с инфекционными больными за последних 21 дня отрицает.

#### ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОСМОТРА:

Общее состояние: удовлетворительное. Сознание ясное, адекватное, пациент ориентирован в пространстве и времени. Положение- вынужденное на боку. Температура тела 36,7; давление 120/90 мм.рт.ст.

Кожные покровы и видимые слизистые оболочки: кожные покровы розовые, чистые. Эластичность кожи сохранена. Слизистая оболочка ротовой полости чистая, розовая.

Status localis: при осмотре в области верхнего наружного квадрата левой ягодичной области определяется отек, припухлость, покраснение. Припухлость заметно возвышается над уровнем кожи. При пальпации болезненна, горячая на ощупь, напряжена. Определяется флюктуация.

Периферические лимфатические узлы не увеличены, мягкие, безболезненные.

Подкожная клетчатка выражена умеренно. Периферических отеков нет.

Костно-мышечная система: без видимой патологии

#### СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ:

Грудная клетка обычной формы, участвует в дыхании симметрично. В легких дыхание проводится во все отделы, везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в минуту.

СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ: грудная клетка в области сердца не изменена. Выбухание грудной клетки и деформаций не обнаружено. Сердечный толчок, систолическое и диастолическое дрожание грудной клетки пальпаторно не определяется. Границы сердца перкуторно не расширены. Нижние конечности не отечны. Вены нижних конечностей не изменены. Патологические шумы не выслушиваются. ЧСС 75 уд/мин. АД 120/90 мм.рт.ст.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ: язык влажный. Глотание не нарушено. Вздутия, выбухания, западения отдельных участков, грыж не выявлено. Участие передней брюшной стенки в акте дыхания слабо выражено. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не увеличена, желчный пузырь, селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный, обычной окраски.

СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ: поясничные области симметричные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание регулярное, самостоятельное, безболезненное.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС: пациент в сознании, адекватен, ориентирован в пространстве и времени.

В анализе крови: Нв- 146г/л; Эритроциты- 4,3\* 10<sup>12</sup>/л; ЦП- 0,94; Лейкоциты- 9,5\* 10<sup>9</sup>/л

В анализе мочи: цвет- желтый; прозрачная; реакция мочи- кислая; удельный вес- 1,015; белок и глюкоза в моче не обнаружены; Эритроциты- 1-5 в п/зр; Лейкоциты- 11-13 в п/зр

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: у больного на момент осмотра клиническая картина постинъекционного абсцесса наружного квадрата левой ягодичной области. Больному показана экстренная хирургическая обработка гнояника. Согласие пациента на проведение операции получено.

**11. Напишите пример осмотра хирурга в приемном отделении у пациента, поступающего с клинической картиной, позволяющей заподозрить кровотечение из нижних отделов кишечника, обусловленного онкологическим процессом прямой кишки.**



**ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР В ПРИЁМНОМ ОТДЕЛЕНИИ**

1. **ЖАЛОБЫ:** примесь темной крови в кале, нарастающая слабость

2. **АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:** считает себя больной около 7 месяцев, когда отметила склонность к запорам, выделению слизи из прямой кишки, в течение последних 2 месяцев замечала примесь темной крови в кале, за день до поступления эпизод обильного кишечного кровотечения, слабость, головокружение

3. **АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:** детские инфекции, простудные заболевания, наличие хронических заболеваний отрицает, на диспансерном учете не стоит. Постоянно лекарственные средства не принимает. Операции, травмы отрицает. Аллергологический анамнез: аллергических реакций на лекарственные вещества не отмечает. Эпиданамнез: выездов в эпидемиологически неблагоприятные регионы не было. Контакт с инфекционными больными в течение последних 21 дней отрицает.

4. **ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОСМОТРА:**

- Общее состояние средней тяжести, пациент в сознании, ориентирован, адекватен. Положение малоактивное. Пациент астенического телосложения, умеренного питания.
- Кожные покровы и видимые слизистые: чистые, выражено бледные, рубцы отсутствуют
- Периферические лимфатические узлы: не увеличены, мягкие, безболезненные

1. Система органов дыхания: грудная клетка обычной формы, участвует в дыхании симметрично. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД - 22.

2. Система органов кровообращения: тоны сердца ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. ЧСС - 100 в мин. АД - 110/70 мм рт. ст. Границы сердца переутомлений не расширены. Нижние конечности не отечны, Вены нижних конечностей не изменены.

3. Система органов пищеварения: язык влажный, не обложен, живот не увеличен в размерах, подкожные Вены не расширены. Наличие свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Симптом раздражения брюшины отрицательный. При ректальном исследовании на перчатке следы крови темно-вишневого цвета. Печень выступает из под края реберной дуги на 2 см, печень на 3 см.

4. Система органов мочеиспускания: поясничные области симметричны, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание свободное, безболезненное

5. Нервно-психический статус: пациент в сознании, контакту доступен, адекватен, ориентирован. По данным УЗИ: в межкишечном пространстве гипоехогенное образование с четкими ровными контурами, неоднородной структуры. По данным ОАК: эритроциты  $2,3 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин 82 г/л, гематокрит 0,28

**Заключение:** у больного в момент осмотра клиническая картина кровотечения из нижних отделов кишечника, обусловленного онкологическим процессом прямой кишки. Оперативное лечение проводят под общей анестезией. Согласие пациента на операцию получено

## **12. Напишите пример осмотра хирурга в приемном отделении у пациента, поступающего с клинической картиной, позволяющей заподозрить острую язву желудка**

**ЖАЛОБЫ:** на сильные постоянные боли ноющего характера в эпигастриальной области, иррадиирующие в правую лопатку, тошноту, изжогу.

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:** заболел за 3 недели до госпитализации, когда впервые появились сильные ноющие боли в эпигастрии, возникшие через полчаса после приема пищи, приступ купировался приемом но-шпы. Отмечалась изжога, тошнота. Появлению симптомов предшествовало нарушение режима питания и длительный прием НПВС в течение 3 лет. В связи с усилением болей доставлен бригадой «скорой помощи» в ГКБ.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:** Детские инфекции, простудные заболевания. В течение последних 3 лет страдает остеоартрозом, состоит на диспансерном учете. Постоянно принимает напроксен. Операции, травмы отрицает. Питание нерегулярное. Вредные привычки: курит с 18 лет по 4 сигареты в день. Наследственный анамнез отягощен – мать больного страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Аллергологический анамнез не отягощен. Эпиданамнез: выездов в эпидемиологически неблагоприятные регионы не было, контакты с инфекционными больными в течении последних 21 дня отрицает.

**ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОСМОТРА:**

Общее состояние: удовлетворительное. Пациент в сознании, ориентирован, адекватен. Положение активное. Пациент астенического телосложения, сниженного питания.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски.

Периферические лимфатические узлы не увеличены, мягкие, Безболезненные

Подкожная клетчатка развита слабо. Периферических отеков нет

Костно-мышечная система: без видимой патологии

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ:** грудная клетка обычной формы, участвует в дыхании симметрично. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 18 в мин

**СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ:** тоны сердца ритмичные. Патологические шумы не выслушиваются. ЧСС 75 в мин. АД 130/85 мм.рт.ст Границы сердца перкуторно не расширены. Нижние конечности не отечны. Вены нижних конечностей не изменены.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ:** язык влажный, обложен сероватым налетом. Глотание не нарушено. Живот симметричный с обеих сторон, брюшная стенка в акте дыхания не участвует. При поверхностной пальпации живот мягкий, определяется резкая болезненность в пилородуоденальной зоне, передняя брюшная стенка не напряжена. Симптомов раздражения брюшины нет. Шума плеска нет. Перкуторно жидкости в отлогах местах не определяется. Опухолевых образований и грыж не обнаружено. Печеночная тупость сохранена. Печень не увеличена,

желчный пузырь и селезенка не пальпируются. Аускультация: над всей поверхностью живота выслушивается живая перистальтика кишечника.

Стул регулярный последний раз вчера утром, оформленный, обычной окраски.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ:** поясничные области симметричны. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное.

**НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС:** пациент в сознании, доступен контакту, адекватен, ориентирован

**ПО ДАННЫМ ЭГДС:** обнаружен свежий поверхностный язвенный дефект в верхней 1/3 тела желудка по малой кривизне, размером 3х2 мм, без воспалительного вала и конвергенции складок.

Определение титра IgG к H. pylori: 5.10 ед/мл, инфицирование H. pylori.

Анализ кала на скрытую кровь: отрицательно

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** на момент осмотра у больного клиническая картина острой язвы желудка. Больному показано консервативное лечение - трехкомпонентная терапия (ИПП в стандартной дозе 2 раза/сут + кларитромицин 500 мг 2 раза/сут + амоксициллин 1000 мг 2 раза/сут), диета

№ 1 по М.И.Певзнеру.

**13. Напишите пример осмотра хирурга в приемном отделении у пациента, поступающего с клинической картиной, позволяющей заподозрить ущемленную пупочную грыжу, острый перитонит.**

**ЖАЛОБЫ:** на внезапно возникшую острую боль в области грыжевого выпячивания, (его быстрое увеличение, невраивимость.), тошноту, слабость, повышение температуры до 37.4 градусов

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:** заболел 7 часов назад, остро. После поднятии тяжести на работе резко появилась боль в области грыжевого выпячивания. С работы был отпущен домой, схваткообразные боли усилились, появилась тошнота, слабость и субфебрильная температура. В связи с болями пациент был доставлен бригадой скорой медицинской помощи в ГКБ № X

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ: в детстве перенес краснуху. наличие хронических заболеваний отрицает. На диспансерном учёте не состоит. Наблюдался у хирурга по поводу вправимой пупочной грыжи. Постоянно лекарственные препараты не принимает. Операции и травмы отрицает. Работает грузчиком.

Аллергологический анамнез: Аллергическая реакция на пенициллины в виде сыпи.

Эпиданамнез: в эпидемиологически опасные регионы не выезжал, контакты с инфекционными больными в течение последних 21 дней отрицает.

#### ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОСМОТРА:

Общее состояние – тяжелое. Пациент в сознании, заторможен. Гиперстенического типа телосложения, повышенного питания.

Кожный покров и видимые слизистые оболочки без видимых патологий. В пупочной области определяется болезненное выпячивание тканей передней брюшной стенки. Симптом кашлевого толчка отрицательный

Периферические лимфатические узлы доступны пальпации, безболезненны.

Костно-мышечная система без видимых патологий .

Система органов дыхания: грудная клетка обычной формы, дыхание поверхностное, ЧДД 29

Система органов кровообращения: тоны сердца ритмичны, приглушены. Патологические шумы не выслушиваются . АД 100/70 , ЧСС 110. Границы сердца перкуторно не расширены. Нижние конечности не отёчны. Вены нижних конечностей не изменены.

Система органов пищеварения: язык сухой, обложен белым налётом. Глотание не нарушено. Живот вздут, не участвует в акте дыхания, болезненный при пальпации пупочной области. Симптомы раздражения брюшины резко положительны в пупочной области. Перкуторно жидкость в брюшной полости не определяется. Ослаблена перистальтика кишечника. Печень не увеличена, желчный пузырь, селезёнка – не пальпируются. Стул регулярный , последний раз вчера утром, полуоформленный, обычной окраски.

Система органов мочевого выделения: поясничные области симметричны. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное.

Нервно-психический статус: пациент в сознании, контакту доступен, ориентирован в пространстве.

По данным УЗИ: в области грыжевого мешка лоцируется петля тонкой кишки, перистальтика отсутствует, в мешке определяется небольшое наличие жидкого выпота.

В анализе крови: лц- 13, эр – 4.3, гемоглобин – 124, соз - 21.

Заключение: у больного на момент осмотра клиническая картина ущемленной пупочной грыжи с перитонитом. Больному показано экстренное оперативное лечение. Предполагаемый объем лечения – герниотомия с ревизией содержимого грыжевого мешка, с последующей пластикой передней брюшной стенки, терапия перитонита антибиотиками. Согласие пациента на операцию получено.

#### **14. Напишите пример осмотра хирурга в приемном отделении у пациента, поступающего с клинической картиной, кишечной непроходимости обусловленной острым нарушением мезентериального кровообращения.**

Анамнез: Больной 67 лет доставлен в ГКБ №1 по экстренным показаниям через 1 час после начала заболевания. Считает себя больным с 15:00, когда появилась резкая боль в животе, рвота, диарея.

Жалобы:

Внезапно начавшаяся нестерпимая острая боль в животе без четкой локализации.

Частая рвота, в промежутках между ней беспокоят тошнота, икота и отрыжка.

Частые позывы на дефекацию, диарея.

Осмотр в отделении:

Общее состояние средней степени тяжести.

Возбужденное состояние пациента.

Кожные покровы бледные.

Язык влажный.

Тахикардия 115 уд/мин.

Рубцов, грыж на животе не обнаружено.

Живот мягкий. Болезненность при глубокой пальпации отсутствует. Брюшная стенка участвует в акте дыхания.

Выслушивается слабая перистальтика.

Предварительный диагноз:

Острое нарушение мезентериального кровообращения. Код МКБ-10 K55.0.

Инструментальная и лабораторная диагностика:

Лабораторные исследования: при подозрении на острое нарушение мезентериального кровообращения не проводятся.

Инструментальная диагностика: проведение аорто-мезентерикографии показало наличие тромботических масс в III сегменте верхней брыжеечной артерии.

Также возможно проведение КТ/МСКТ-ангиографии с внутривенным контрастированием, УЗИ в сосудистом режиме Допплера, диагностическая лапароскопия.

Необходимо выяснить причину и источник тромбоэмболии сосуда.

Тактика лечения:

При острой мезентериальной ишемии в стадии ишемии (до 12 часов от начала заболевания) выполняются эндоваскулярные вмешательства (если позволяют ресурсы клиники) или открытая эмболтромбэктомия с целью восстановления мезентериального кровообращения.

При острой мезентериальной ишемии в стадии инфаркта кишки и перитонита выполняется резекция кишки, санация, дренирование брюшной полости, по показаниям – реваскуляризация.

Послеоперационные рекомендации:

- антикоагулянты: непрерывное введение (перфузор) в дозе 20 000 МЕ гепарина /24 часа под контролем коагулограммы;

- коррекция водно-электролитных нарушений;

- коррекция гипо- и диспротеинемии;
- стимуляция кишечника (неостигмина метилсульфат по 10–15 мг в/м или в/в х 3 раза в сутки);
- нутритивная поддержка не менее 2500-3000 ккал в сутки (включая раннее зондовое энтеральное питание).

**15. Напишите пример осмотра хирурга в приемном отделении у пациента, поступающего с клинической картиной колотого ранения брюшной полости в области левого подреберья, геморрагического шока.**

Пациент П. 23 года.

#### ЖАЛОБЫ

Жалобы на наличие колото-резаных ран брюшной полости в области левого подреберья.

#### АНАМНЕЗ VITAE

Профессиональные вредности в анамнезе больной не отмечает. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Проживает в отдельной квартире. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Оперативные вмешательства: аппендэктомия (2014г.). Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез: непереносимости лекарственных препаратов и наличия аллергических реакций нет. Кровь и кровезаменители не

переливались. Туберкулез, онкологические, венерические заболевания и вирусный гепатит в анамнезе отрицает.

#### ОСМОТР

Общие сведения:

Общее состояние: средней тяжести, сознание ясное.

Состояние кожных покровов, видимых слизистых, лимфатических узлов:

Цвет кожных покровов обычной окраски.

Состояние органов дыхания:

ЧДД 21 мин. Ритм дыхания: регулярный. Дыхание: нормальное. Участие грудной клетки в акте дыхания: равномерное.

Состояние сердечно-сосудистой системы:

Систолическое давление 100 мм.рт.ст., Диастолическое давление: 40 мм.рт.ст. ЧСС 100 в мин. Пульс 100 в мин. Тоны сердца: приглушенные.

Статус питания:

Рост: 161 см Вес: 76 кг. ИМТ 29.3

#### STATUS LOCALIS

Пищеварительная система

#### ОСМОТР

Язык сухой, покрыт грязным налетом. Перистальтика обычна. Живот при пальпации мягкий, доступен для глубокой пальпации во всех отделах.

## ПЕРКУССИЯ

Определяется притупление перкуторного звука, не изменяющие своего положения при перемещении больного, в области сигмовидной кишки.

## АУСКУЛЬТАЦИЯ

Выслушиваются короткие, редкие, высокие кишечные шумы, шум плеска.

Местный статус: на передней поверхности брюшной полости слева имеется рана 2×0,5см с ровными краями, острыми углами, незначительно кровотоачи т.

## ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

Лабораторные исследования: - Общий анализ крови Эритроциты - 3,61x10<sup>12</sup>/л Hb - 117 г/л Лейкоциты - 13x10<sup>9</sup>/л Эозинофилы – 1% Палочки – 2% Сегменты – 66% Лимфоциты – 20% Моноциты – 2% СОЭ - 20 мм/ч Заключение: снижение показателей эритроцитов, гемоглобина, повышение содержания лейкоцитов, увеличение СОЭ.

- Биохимический анализ крови

АСТ 28 Е/л АЛТ 18 Е/л Глюкоза 4,0 ммоль/л Билирубин общий 13,2 мкмоль/л, прямой 2,1 мкмоль/л Креатинин 0,087 ммоль/л Общий белок 66 г/л Альфа-амилаза 51Е/л Заключение: все показатели в пределах нормы. - Общий анализ мочи

Цвет - соломенно-жёлтый прозрачность - полная Удельный вес - 1012 Белок - нет Сахар - нет Эпителий - плоский 1-2 в поле зрения Лейкоциты - 2-3 в поле зрения

Эритроциты - нет Заключение: все показатели в пределах нормы.

- Коагулологическое исследование

АЧТВ 29 ПТИ 0,86 Фибриноген А 4,0 г/л Фибриноген В отриц. Заключение: все показатели в пределах нормы.

- Определение группы крови по АВ0 и резус-фактору.

Группа крови А(II), Rh+

## ДИАГНОЗ

На основании жалоб больного (на наличие колото-резаных на передней брюшной стенке слева), анамнеза заболевания (получил рану от удара ножом), данных объективного осмотра, можно выставить следующий клинический диагноз: Проникающее ножевое ранение брюшной полости слева.

## ЛЕЧЕНИЕ

Основная задача лечения сводится к предупреждению развития воспалительного процесса, для чего применяют антибиотики. При проникающих ранениях показана срочная операция.

## 16. Напишите протокол операции аппендэктомия выполненной по Волковичу - Дьяконову - Мак Брунею.

Показания:

- Острый аппендицит
- При отсутствии возможности круглосуточного использования эндовидеохирургического комплекса и обученной бригады хирургов.

Обезболивание:

- эндотрахеальный или ларингеально-масочный наркоз
- спинальная или эпидуральная анестезия с потенцированием.

Ход операции:

Разрез передней брюшной стенки производят по Волковичу—Дьяконову—Мак Брунею (косой разрез в правой подвздошной области между наружной и средней третью линии, проводимой от правой верхней передней ости к пупку).

- Рассекают кожу и подкожную клетчатку, апоневроз наружной косой мышцы живота.
- Тупо раздвигают внутреннюю косую и поперечную мышцы живота по ходу волокон.
- Мышцы растягивают крючками по длине кожной раны, а затем сдвигают предбрюшинную клетчатку с париетальной брюшины.
- Брюшину захватывают двумя анатомическими пинцетами и рассекают. Разрез брюшины расширяют сверху и снизу.
- Окончатый зажимом или анатомическим пинцетом в рану выводят слепую кишку вместе с концевым отделом подвздошной кишки и находят червеобразный отросток.
- При затруднениях в отыскании отростка следует руководствоваться *taenia libera*, которая всегда ведет вниз к основанию отростка.
- Червеобразный отросток оттягивают сверху таким образом, чтобы отчетливо была видна вся его брыжейка.
- Брыжейку отростка рассекают между последовательно накладываемыми зажимами Кохера вплоть до его основания.
- После пересечения брыжейки захваченные участки перевязывают кетгутовыми нитками.
- На стенку слепой кишки, отступя на 1,5 см от основания отростка, накладывают шелковый серозно-мышечный кисетный шов, оставляя его концы незатянутыми.
- Передавливают червеобразный отросток у его основания кохеровским зажимом, на пережатое место накладывают кетгутовую лигатуру и концы ее отрезают; дистальнее места перевязки на отросток накладывают зажим Кохера.
- Придерживая анатомическим пинцетом основание отростка, его отсекают над лигатурой тотчас ниже наложенного зажима.
- Культю отростка прижигают йодом и анатомическим пинцетом погружают в просвет кишки; кисет затягивают и по выведении пинцета завязывают узлом. Не отрезая концов нитей кисетного

шва вокруг кисета накладывают серозно-мышечный шов в виде латинской буквы Z, который затягивают после отрезания концов кисетного шва. Наложение z-образного шва необязательно. Слепую кишку вправляют в брюшную полость.

- Небольшим тупфером, введенным в брюшную полость, проверяют, не капливается ли в ней кровь; если крови много и она прибавляется, расправляют илеоцекальный угол, отыскивают кровоточащие сосуды и тщательно их лигируют. Обкладывающие салфетки удаляют и брюшину зашивают непрерывным кетгутовым швом. После зашивания брюшины одним или двумя кетгутовыми швами нетуго стягивают поперечную и внутреннюю косую мышцы и 5—6 швами — апоневроз наружной косой мышцы. Двумя тонкими кетгутовыми швами зашивают подкожную жировую клетчатку и кладут узловые шелковые швы на разрез кожи.

### **17. Напишите протокол операции аппендэктомия выполненной лапароскопическим доступом.**

Доступ: Под общим обезболиванием в точке по средней линии выше пупка рассечена кожа, клетчатка. Введена игла Вереща, создан карбоксиперитонеум. Введён 10 мм троакар и оптика.

Ревизия: В брюшной полости – в правой подвздошной ямке небольшое количество прозрачного серозного выпота. Выпот осушен. Слепая кишка находится в типичном месте. Червеобразный отросток в типичном месте, до 10 см в длину, утолщён до 10 мм, выражено напряжён, гиперемирован. Другой патологии выявлено не было.

Интраоперационный диагноз: Острый флегмонозный аппендицит.

План операции: Лапароскопическая аппендэктомия

Ход операции: Дополнительно установлены 5 мм и 10 мм троакары в лобковой и левой подвздошной областях соответственно. Брыжеечка червеобразного отростка по частям коагулирована в режиме монополярной коагуляции. Червеобразный отросток у основания перевязан 3 лигатурами – петлями Редера, пересечён между дистальными лигатурами. Червеобразный отросток уложен в контейнер, удалён. Малый таз и правая подвздошная ямка осушены. Контроль мест введения троакаров на гемостаз. Инструменты удалены, десуффляция, троакары удалены. Апоневроз ушит. Швы на кожу. Йод. Спит. Асептическая повязка.

### **18. Напишите протокол операции диагностической лапароскопии выполненной по поводу апоплексии яичника.**

Доступ: Под общим обезболиванием (интубационный наркоз) в точке по средней линии в области пупка рассечена кожа, клетчатка, введена игла Вешера, создан карбоксиперитонеум. Введен 10 мм троакар и оптика.

Ревизия: в малом тазу отмечают кровь в малом объёме, со сгустками; матка не увеличена, её серозный покров розовый; в маточных трубах определяются признаки хронического воспалительного процесса в виде перитубарных спаек; повреждён правый яичник, увеличен за счёт образования кисты, багрового цвета, 10 см в диаметре; по краю кисты обнаружен разрыв размером 1 см. Область повреждения кровоточит.

Интраоперационный диагноз: Фолликулярная киста яичника, анемическая форма, средней степени тяжести.

План операции: удаление кисты яичника; остановка кровотечения; удаление сгустков крови из брюшной полости; осмотр яичника после промывания брюшной полости антисептическими растворами; ушивание яичника.



Ход операции: ниже пупка сделано еще два прокола в подвздошных областях. Произведено рассечение брюшины над областью кисты, капсулы. Ткань яичника рассечена, киста вылушена тупым путем, помещена в контейнер, эвакуирована из брюшной полости. Произведена ревизия ложа и гемостаз при помощи электрокоагуляции в режиме монополярной коагуляции, наложены швы с целью надежного гемостаза и восстановления целостности органа. Малый таз осушен, сгустки удалены. Контроль мест введения троакаров на гемостаз, инструменты удалены, десуфляция, троакары удалены. Апоневроз ушит, швы на кожу. Йод, Спирт, Ас. Повязка.

### **19. Напишите протокол операции выполненной по поводу абсцесса ягодицы.**

Доступ: Под местным обезболиванием 40 мл 0,25% раствора новокаина рассечены кожа, подкожная клетчатка в месте наибольшей флюктуации. Скальпелем вскрыт абсцесс на протяжении 6 см.

Ревизия: В ягодичной области – наличие гнойной капсулы длиной 5 см с мутноватой жидкостью, перегородки в гнойной полости разделены. Жидкость взята на бак посев. Гной удален марлевыми тампонами, которые были удалены. Ревизия гнойной полости произведена пальцем и пластинчатыми крючками. Затеки и некротизированные ткани не обнаружены.

Интраоперационный диагноз: поверхностный постинъекционный абсцесс левой ягодицы.

План операции: дренирование абсцесса.

Ход операции: Для проведения санации полости разрез увеличен на 5 см. Место кровотечения остановлено зажимом, и прошит кетгутом кровоточащий сосуд. После удаления гноя полость обильно промыта 3% раствором перекиси водорода, осушена и обработана раствором хлоргексидина. Полость абсцесса дренирована – выведен дренаж из самой низкой точки. Наложены тампоны, смоченные раствором бетадина и наложена асептическая марлевая повязка с гипертоническим раствором.

### **20. Напишите протокол операции лапароскопии выполненной по поводу перфоративной язвы 12- перстной кишки.**

Доступ: под общим обезболиванием (см. карту анестезии). Для доступа в брюшную полость и инсуффляции диоксида углерода до 12-15 мм рт.ст. используют иглу Вереща. Через 10-миллиметровый троакар, установленный выше пупка, вводят лапароскоп и осматривают содержимое брюшной полости.

Ревизия: Имеется свободная жидкость, содержимое 12ПК спереди от печени в верхнем этаже брюшной полости. Выпот осушен. После визуализации анатомических ориентиров печень отводят кверху. Обнажается место перфорации, имеющее белесоватые края: язва ограничена ригидными каллезными краями, имеет форму цилиндра. Заполнена кусочками пищи и грязно-серым некротическим налетом. Фибрин и кусочки ткани с передней поверхности двенадцатиперстной кишки удаляют. Местное воспаление брюшины (гиперемия, отечность).

Интраоперационный диагноз: перфоративная язва 12ПК/ местный перитонит

План операции: лапароскопическое ушивание перфоративной язвы 12-перстной кишки.

Ход операции: Три тонких шелковых или полиглактиновых шва накладывают на место перфорации в поперечном направлении, оставляя длинные концы нитей. Затем швы завязывают. Накладываются надежные серозно-мышечные вколы, находящиеся в стороне от рыхлой ткани вокруг изъязвления. Поперек места перфорации укладывается участок большого сальника на ножке. Лигатуры завязываются над лоскутом. После закрытия перфорации брюшная полость тщательно промывается. Производится ревизия параколических каналов и пространства вокруг печени. Контроль мест введения троакаров на гемостаз. Инструменты удалены, десуфляция, троакары удалены. Апоневроз ушит. Швы на кожу. Йод, спирт, ас.повязка. Брюшную полость дренируется с установкой дренажа в области печени.

## 21. Напишите протокол операции кроссэктомии (Троянова-Тренделенбурга)

Показания: Угроза распространения тромбоза из устья БПВ на бедренную вену (последующая угроза возникновения ТЭЛА)

Противопоказания:

- тяжелая соматическая патология, обуславливающая высокий анестезиологический и операционный риски
- тяжелый атеросклероз артерий нижних конечностей
- беременность и лактация

При проксимальной кроссэктомии положение пациента на спине, при дистальной - на животе

Проводится либо под регионарной анестезией (спинальной, пациент остается либо в сознании либо спит под действием седативных препаратов), либо под тумесцентной (разновидность местной инфильтрационной, при которой специальный раствор медикаментов нагнетается в виде водяной подушки вокруг удаляемой вены)

Техника проксимальной кроссэктомии: производится при рефлюксе крови через сафено-фemorальное устье в ствол БПВ

представляет собой приустьевую перевязку с пересечением большой подкожной вены у места ее впадения в общую бедренную вену с перевязкой всех ее основных притоков

выполняется из небольшого разреза 4-6 см.

используется паховый доступ: разрез в глубине паховой складки кнутри от точки пульсации бедренной артерии

в некоторых случаях может быть выбран надпаховый (выше складки) или подпаховый (ниже складки) разрез, однако они обладают меньшей косметичностью и могут приводить к образованию более грубых рубцов

Ход проксимальной кроссэктомии: рассекается кожа и подкожная клетчатка, выделяется ствол БПВ до места его впадения в бедренную вену, одновременно с этим выделяются из окружающих тканей и перевязываются основные притоки (обычно их не меньше пяти). БПВ пересекается и перевязывается у устья с оставлением культи не длиннее 0,5 см. Сегмент БПВ иссекается в пределах раны

операцию завершает наложение шва

швы снимают на 6-7 сутки (в настоящее время используется рассасывающийся шовный материал)

Техника дистальной кроссэктомии: применяется при рефлюксе в МПВ через сафено-поплиетальное соустье

выполняется через разрез 3-5 см в подколенной области

операция заключается в перевязке ствола МПВ непосредственно у ее устья с лигированием основных притоков, наиболее важным из которых является вена Джакомини, обеспечивающая сообщение с БПВ

Ход дистальной кроссэктомии: ход операции мало чем отличается от проксимальной кроссэктомии, за исключением большей травматичности: в ходе операции рассекается поверхностный листок собственной фасции, в дубликатуре которой находится ствол МПВ

в связи с функциональной активностью данной анатомической области, швы снимаются в срок от 7 до 14 дней, по усмотрению врача (в настоящее время используется рассасывающийся шовный материал)

Послеоперационный период: консервативное лечение состоит из приема НПВП и флеботропных препаратов

желательна ранняя активизация пациента

обязательно ношение компрессионного трикотажа в течение месяца круглосуточно

следует избегать статических нагрузок

желательна физическая активность в виде небольших пеших прогулок

## **22. Напишите протокол операции среднесердинной лапаротомии и лапароррафии с обходом пупка.**

Доступ: Под общим обезболиванием, разрез производится по белой линии живота от середины расстояния между мечевидным отростком и пупком и до середины между пупком и лобковым симфизом, рассечена кожа, клетчатка, белая линия, поперечная фасция, предбрюшинная клетчатка, париетальный листок брюшины.

Лапароррафию производят послойно, рану ушивают, начиная с нижнего края, трехрядным швом.

Ревизия: верхний этаж: печень – селезенка – желудок - диафрагма; нижний этаж: связка Трейца - тонкий кишечник – слепой отдел – восходящий отдел – нисходящий отдел – сигмовидная кишка; органы малого таза; забрюшинное пространство. Патологий выявлено не было.

Интраоперационный диагноз: перитонит неясной этиологии/ разрыв яичника/ травмы органов брюшной полости

План операции: диагностическая среднесердинная лапаротомия с дальнейшей лапароррафией с обходом пупка

Ход операции: Проводят разрез длиной 8-10 см, одна половина выше, а другая ниже пупка, при этом пупок обходят слева. Послойно рассекают кожу, подкожную клетчатку, белую линию живота, поперечную фасцию и предбрюшинную клетчатку с париетальной брюшиной. После вскрытия брюшной полости разрез при необходимости может быть продлен кверху и книзу. Лапароррафию производят трехрядным швом: 1-й ряд шва — захватывают париетальный листок брюшины, предбрюшинную клетчатку и поперечную фасцию; 2-й ряд шва — накладывают отдельные узловые швы на белую линию живота; 3-й ряд шва — накладывают отдельные узловые швы на кожу и подкожную основу.

## **23. Напишите протокол операции геморроидэктомии по Миллигану-Моргану.**

Это операция, суть которой заключается в радикальном удалении геморроидальных узлов единым комплексом. В отличие от малоинвазивных методик, это вмешательство предусматривает единовременное иссечение всех геморроидальных узлов вместе с подлежащими тканями

Подготовка к данному виду оперативного вмешательства заключается в выполнении очистительной клизмы накануне и утром в день операции. В день операции не разрешается прием пищи и жидкостей

Положение на операционном столе: больной лежит на спине с уложенными на специальные подставки ногами, согнутыми в коленных и тазобедренных суставах

Анестезия: эпидуральная (бупивакаин 0,5% 15–20 мл)

Доступ: через анальное отверстие

Ревизия: выпадающие, кровоточащие, увеличенные геморроидальные узлы

Интраоперационный диагноз: Хронический геморрой 4 стадии с расположением узлов на 3, 7 и 11 часов по циферблату

План операции: геморроидэктомия по Миллигану-Моргану с использованием ультразвукового скальпеля

Ход операции: после проведения эпидуральной анестезии проводится обработка марлевыми туфферами, смоченными 70% этиловым спиртом, анального канала и перианальной области, после этого проводится обработка операционного поля. Затем проводится анального сфинктера с помощью ректального зеркала. Это приводит к пролабированию внутренних геморроидальных узлов за пределы анального канала. Проводится осмотр анального канала. Наружный геморроидальный узел на 3-х часах захватывается зажимом Алиса, после чего подтягивается кнаружи. Кожа перианальной области и слизистая анального канала рассекается эллипсоидным разрезом, после чего ультразвуковым скальпелем поэтапно снаружи кнутри единым блоком удаляют наружный и внутренний геморроидальные узлы поочередно в режиме коагуляции (до их полного пересечения). После этого пересекают сосудистую ножку в верхнем углу раны (в коагуляционном режиме широкой поверхностью лезвия ультразвукового скальпеля). По схожей схеме удаляют оставшиеся наружные и внутренние геморроидальные узлы на 7 и 11 часах по циферблату. Завершают оперативное вмешательство введением в анальный канал салфетки с мазью «Левомеколь»

#### **24. Напишите протокол операции вскрытия и дренирования подкожного парапроктита.**

Доступ: Местное обезболивание- сакральная анестезия. Радиальный разрез над местом флюктуации, отступя 3 см от заднепроходного отверстия.

Ревизия: Рассечены кожа, подкожно-жировая клетчатка, обнаружена пораженная крипта внутреннего свищевого отверстия.

Интраоперационный диагноз: подкожный парапроктит

План операции: Вскрытие и дренирование абсцесса, иссечение пораженной крипты и гнойного хода в просвет кишки

Ход операции: Произведен радиальный разрез, со стороны раны в просвет прямой кишки через отверстие свищевого хода проведен желобоватый зонд. Свищевой ход рассекается по зонду. Рану тампонируют турундами с мазью Вишневского. Иссекаются края разреза, пораженная крипта с внутренним отверстием свища.

#### **25. Напишите протокол операции вскрытия и дренирования подкожного панариция.**

Жалобы:

Сильнейшая распирающая боль, которая усиливается и становится пульсирующей при опускании руки

Потеря сна и покоя

Поражённая фаланга отёчная и гиперемированная

Показанием к операции при подкожном панариции обычно является первая бессонная ночь.

Обезболивание: наиболее распространенным видом обезболивания при операциях на пальцах кисти является проводниковая анестезия, при которой чаще используют раствор новокаина. В зависимости от уровня операции и проводимой проводниковой анестезии, применяют различные концентрации препарата (2 %, 1 % и 0,5 % растворы). Кроме новокаина, с успехом применяют такие препараты, как 2 % раствор лидокаина и 1,5 % раствор тримекаина.

При проведении операции на ногтевой фаланге проводится анестезия по Лукашевичу-Оберсту. При этом виде анестезии после наложения резинового или марлевого жгута на основание пальца дистальнее жгута с двух сторон вводят по 1-2 мл анестетика. Анестезия наступает через 5 минут.

При проведении операций на уровне средней и основной фаланг методом выбора является проводниковая анестезия по Е.В. Усольцевой, когда местный анестетик вводят в соответствующие межпястные промежутки в области проксимальных головок пястных костей.

Ход операции:

При локализации подкожного панариция на ногтевой фаланге оптимальным является клюшкообразный разрез.

При локализации процесса на средней или основной фаланге выполняют один или два разреза на границе ладонной и боковой поверхностей соответствующей фаланги.

Пересечение фиброзных перемычек между кожей и костью на ногтевой фаланге или кожей и сухожильным влагалищем на средней и основной фалангах.

Иссечение гнойно-некротических тканей;

Санация раны антисептиками и физическими мерами воздействия

Наложение дренажно-промывной системы.

Оптимальным является наложение на кожу первичных швов, после очищения раны и купирования острых воспалительных явлений рану закрывают вторичными швами. Если по различным причинам нет возможности наложить дренажно-промывную систему, допустимо оставление в ране резинового выпускника.

Перед операцией назначение антибиотиков широкого спектра

Взять посев из раны на определение культуры и назначения антибиотиков узкого спектра для профилактики на 5-7 дней.

Профилактика: Для профилактики развития панариция очень важно своевременно правильно обработать полученную рану кисти. При получении микротравмы кисти следует вымыть руки с мылом, удалить инородные тела из раны (заноза, металлическая стружка, стекло и так далее), выдавить каплю крови из ранки, обработать 3% раствором перекиси водорода, края раны смазать спиртовым раствором йода или бриллиантовым зеленым. Заклеить бактерицидным пластырем или стерильной салфеткой.

## **26. Напишите протокол операции при нагноившейся атероме спины.**

Доступ: Под местным обезболиванием, разрез 2-3 см проводится над поверхностью атеромы в месте наибольшего выбухания.

Ревизия: В подкожной клетчатке области спины – наличие гнойного содержимого размером 4 см

Интраоперационный диагноз: Нагноившаяся атерома спины.

План операции: Удаление нагноившейся атеромы

Ход операции: Был произведен разрез кожи в верхней части новообразования. Содержимое атеромы было выдавлено на салфетку, после этого была удалена капсула атеромы. Произведено выскабливание остатков гнойного содержимого. При ушивании раны в оставшуюся полость были подведены дренажи.

## **27. Напишите протокол диагностической лапароскопии при панкреонекрозе.**

Заключение: Дифференциальный диагноз перитонитов различной этиологии, требующих экстренных оперативных вмешательств. переводится в хирургическое отделение для диагностической лапароскопией.

Причина перевода: оперативное вмешательство для диагностики и дальнейшей врачебной тактики.

Общее обезболивание с эндотрахеальной интубацией и ИВЛ

Диагностическая лапароскопия: Техника проведения процедуры несложная: для введения зонда и других инструментов делают 3–4 небольших разреза (0,5–1,0 см) в передней брюшной стенке. Для создания рабочего пространства создается пневмоперитонеум — живот наполняют углекислым газом. Далее производятся необходимые действия.

поджелудочная железа увеличена, плотная, дольчатость сглажена. В головке и теле железы обнаружены три очага стеатонекроза до 2 см в диаметре.

Выставлен послеоперационный диагноз: «Острый тяжелый панкреатит. Ферментативный перитонит».

Дальнейшая тактика: Для оценки состояния поджелудочной железы выполняется открытая эндоскопическая бурсоментоскопия. В качестве доступа используется трансректальная лапаротомия в верхнем квадранте левой прямой мышцы живота протяженностью 4 см. Через отверстие в желудочно-ободочной связке вскрывается сальниковая сумка. При помощи специального инструментария производится ревизия сальниковой сумки с оценкой состояния поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки. При поражении забрюшинной клетчатки показана абдоминализация поджелудочной железы по В.А.Козлову. Она заключается в рассечении париетальной брюшины по нижнему и верхнему краю поджелудочной железы с отделением органа от забрюшинной клетчатки тупым путем. Смысл абдоминализации состоит в разгерметизации парапанкреатической клетчатки, выведения железы из забрюшинного пространства в брюшную полость и предотвращения поступления токсического экссудата с задней поверхности железы в забрюшинную клетчатку. Заканчивается вмешательство формированием бурсоментостомы путем подшивания краев желудочно-ободочной связки к париетальной брюшине передней брюшной стенки. Таким образом формируется ход для проведения в дальнейшем плановых санаций сальниковой сумки и своевременной эвакуации панкреатогенного высокотоксичного выпота.

Есть 3 метода дренирующих операций: “закрытая” (сальниковая сумка остается целой), “полуоткрытая” и “открытая” (панкреатооментобурсостомия + люмботомия или лапаротомия).

## **28. Напишите протокол операции герниопластика по Лихтенштейну.**

Доступ: Под общим обезболиванием, операция выполняется открытым способом. Разрез проводят вдоль паховой складки от 5 до 10 см в длину. Грыжевой мешок иссекают или погружают в живот. Операция завершается зашиванием раны наглухо.

Ревизия: петли большого сальника и тонкой кишки, входящих в грыжевой мешок, несколько отечны, гиперемированы.

Интраоперационный диагноз: паховая грыжа неущемленная с вовлечением петель тонкой кишки и большого сальника

План операции: герниопластика по Лихтенштейну

Ход операции: Кожа и подкожная клетчатка рассекаются на 2 см выше и параллельно паховой складке. Вскрывается апоневроз наружной косой мышцы, отделяется от семенного канатика до паховой связки, семенной канатик берется на держалку. Из элементов семенного канатика выделяется грыжевой мешок, вскрывается, после проведения ревизии погружается в брюшную полость. Встраивается полипропиленовый сетчатый имплант. Отдельными узловыми швами верхний край сетки подшивается к сухожильной части внутренней косой мышцы. Последним швом края сетки сшиваются позади семенного канатика, края не только сшиваются, но и подшиваются к паховой связке.

## **29. Напишите протокол трансабдоминальной преперитонеальной герниопластики (ТАРР)**

ТАРР - ВИД ПЛАСТИКИ ПАХОВОГО ПРОМЕЖУТКА БЕЗ НАТЯЖЕНИЯ С ПРЕДБРЮШИННЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ СЕТЧАТОГО ПРОТЕЗА. ПРИ ЭТОМ ДОСТУП К МЕСТУ ЕГО УСТАНОВКИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИ ЧРЕЗБРЮШИННО.

ПОКАЗАНИЯ: ПАХОВАЯ ГРЫЖА

МЕТОД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ: СБАЛАНСИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ С ИВЛ

ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО НА ОПЕРАЦИОННОМ СТОЛЕ: ЛЁЖА НА СПИНЕ В ПОЛОЖЕНИИ ТРЕНДЕЛЕНБУРГА (С ПРИПОДНЯТЫМ НОЖНЫМ КОНЦОМ).

1) В ПАРАУМБИЛИКАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ВВОДИТСЯ ТРОАКАР ДИАМЕТРОМ 10 ММ. С ПОСЛЕДУЮЩИМ НАЛОЖЕНИЕМ КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМА ДО 14 ММ.РТ. СТ.

ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ КАРБОКСИПЕРИТОНЕУМА В 10 ММ. ТРОАКАР ВВОДИТСЯ ЛАПАРОСКОП С 30- ГРАДУСНОЙ ОПТИКОЙ И ПРОВОДИТСЯ ТЩАТЕЛЬНАЯ РЕВИЗИЯ ЯМОК ПАХОВОГО КАНАЛА С ОБЕИХ СТОРОН С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ РЕВИЗИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НА ПРЕДМЕТ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

2) ПОД КОНТРОЛЕМ ЛАПАРОСКОПА ВВОДЯТСЯ 5 ММ.ТРОАКАР ПО ПЕРЕДНЕЙ ПОДМЫШЕЧНОЙ ЛИНИИ СО СТОРОНЫ ГРЫЖЕВОГО ДЕФЕКТА И 5 ММ. ТРОАКАР С ПРОТИВОПОЛОЖНОЙ СТОРОНЫ

3) ЗАТЕМ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ДОСТУП В ПРЕДБРЮШИННОЕ ПРОСТРАНСТВО К ПАХОВОМУ ПРОМЕЖУТКУ СО СТОРОНЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ. ПРОИЗВОДИТСЯ РАЗРЕЗ БРЮШИНЫ ПРИМЕРНО НА 2 СМ ВЫШЕ ПАХОВОГО ПРОМЕЖУТКА

4) РАЗРЕЗ ДЛИНОЙ ОКОЛО 10 СМ НАЧИНАЕТСЯ ЛАТЕРАЛЬНОЕ ВНУТРЕННЕГО ПАХОВОГО КОЛЬЦА И ЗАКАНЧИВАЕТСЯ У МЕДИАЛЬНОЙ СКЛАДКИ

5) ДАЛЕЕ ДВУМЯ ЗАЖИМАМИ ИЛИ С ПОМОЩЬЮ КРЮЧКА, КАК ЭТО ВИДНО НА РИС. 4, ВЫПОЛНЯЕТСЯ ТЩАТЕЛЬНАЯ ДИССЕКЦИЯ ТКАНЕЙ ПРЕДБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА С ВЫДЕЛЕНИЕМ И МОБИЛИЗАЦИЕЙ ЭЛЕМЕНТОВ СЕМЕННОГО КАНАТИКА.

6) ВЫДЕЛЯЕТСЯ ГРЫЖЕВОЙ МЕШОК, ЛОННЫЙ БУГОРОК, СВЯЗКА КУПЕРА, ЭПИГАСТРАЛЬНЫЕ И ПОДВЗДОШНЫЕ СОСУДЫ

7) ВЫПОЛНЯЕТСЯ ГЕМОСТАЗ. ДАЛЕЕ ЧЕРЕЗ 10 ММ ТРОАКАР ВВОДИТСЯ СЕТЧАТЫЙ ЭНДОПРОТЕЗ И РАСПОЛАГАЕТСЯ В ПАХОВОМ ПРОМЕЖУТКЕ

8) СЛЕДУЮЩИМ ЭТАПОМ ФИКСИРУЕТСЯ СЕТЧАТЫЙ ЭНДОПРОТЕЗ К ЛОНУ И МЯГКИМ ТКАНЯМ 5 ММ КЛИПСАМИ

9) ЗАВЕРШАЮЩИМ ЭТАПОМ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРИТОНИЗАЦИЯ ЭНДОПРОТЕЗА ГЕРНИОСТЕПЛЕРОМ 5 ММ КЛИПСАМИ. ФИКСАЦИЯ ЭНДОПРОТЕЗА И ЕГО ПЕРИТОНИЗАЦИЯ ДОЛЖНЫ ПРОВОДИТЬСЯ ВНЕ ЗОНЫ РОКОВОГО ТРЕУГОЛЬНИКА И ТРЕУГОЛЬНИКА БОЛИ ВО ИЗБЕЖАНИЕ СЕРЬЕЗНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ КОНТРОЛЬНОГО ОСМОТРА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ДЕССУФЛЯЦИИ ТРОАКАРНЫЕ РАНЫ ПОСЛОЙНО УШИВАЮТСЯ

#### ***ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД:***

-РАННЯЯ АКТИВИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПОДЪЕМ С КРОВАТИ СРАЗУ ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ (ОБЫЧНО ЧЕРЕЗ 1 ЧАС ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ОПЕРАЦИИ);

-ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНО ПОДОБРАННОГО КОМПРЕССИОННОГО ТРИКОТАЖА КРУГЛОСУТОЧНО В ТЕЧЕНИЕ 5-7 ДНЕЙ;

-ВЫПОЛНЕНИЕ РАЗУЧЕННЫХ УПРАЖНЕНИЙ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ СРАЗУ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ;

-МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПО РЕКОМЕНДУЕМОЙ СХЕМЕ.

### **30. Напишите протокол тотальной экстраперитонеальной герниопластики (ТЕР)**

#### **Методика коррекции паховых грыж.**

Суть тотальной экстраперитонеальной пластики заключается в выполнении протезирования задней стенки пахового канала синтетическим протезом с укрытием обеих паховых и бедренной ямок, причем протез располагается предбрюшинно. Доступ - внебрюшинный.

Антибиотикопрофилактика может не применяться рутинно. Рекомендована больным с факторами риска развития инфекционных осложнений (ожирение, сахарный диабет, иммуносупрессивная терапия).

Профилактика тромбоэмболических осложнений должна проводиться согласно рекомендациям Ассоциации флебологов России: медикаментозная профилактика по рекомендуемой схеме, ранняя активация, применение компрессионного трикотажа, ЛФК.

#### **Необходимое оснащение:**

-стандартный эндовидеохирургический комплекс;

-3 троакара (2 шт 5мм, 1 шт 10мм);

-“жесткий” и “мягкий” зажимы;

-баллоны-диссекторы.

#### **Ход операции:**

1) Доступ в предбрюшинное пространство осуществляется тотчас под пупком;



- 2) После рассечения кожи, переднего и заднего листков апоневроза прямых мышц, не вскрывая листка брюшины, направление диссекции меняется к лонному сочленению по средней линии;
- 3) Баллон-диссектор проводится до лонного сочленения и раздувается;
- 4) Оптический 10 мм троакар устанавливается в рану, ушитую до троакара, накладывается карбоксиретроперитонеум до 8-10 мм рт. ст.;
- 5) В предбрюшинное пространство вводится лапароскоп и под его контролем устанавливаются остальные два троакара на уровне пупка максимально латерально;
- 6) После осмотра рабочего предбрюшинного пространства больному придают положение Тренделенбурга;
- 7) Проводится дополнительная инструментальная диссекция в сторону грыжи, визуализируется семенной канатик;
- 8) Мобилизация преперитонеального пространства должна быть широкой (чтобы поместилась сетка);
- 9) Выделение грыжевого мешка, резекция не выполняется;
- 10) Установка сетки (можно фиксировать, можно без фиксации);
- 11) Ушивание послеоперационной раны.

**Осложнения:**

-интраперационные (повреждение париетальной брюшины, мочевого пузыря, кишки, крупных сосудов);

-ранние послеоперационные (раневая инфекция, гематома, серома).